

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1893, à 1 heure

Par L.-ALBERT HULOT,

Né à Paris, le 22 mai 1852.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Ex-interne de Prisons,

Ex-moniteur d'accouchement à la clinique de la Faculté (Rue d'Assas).

**QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES OBSERVATIONS ANCIENNES ET RÉCENTES
DE SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE**

(Tableaux nécrologiques des mères et des enfants, du 11 mars 1887 au 30 juin 1893)

(25 cas nouveaux de Symphyséotomie).

Président : M. TARNIER, professeur.

Professeur : M. DEBOVE.

Agrégés : M.M. { MAYGRIER.
MARFAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1893, à 1 heure

Par L.-ALBERT HULOT,

Né à Paris, le 22 mai 1852.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Ex-interne de Prisons,

Ex-moniteur d'accouchement à la clinique de la Faculté (Rue d'Assas).

**QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES OBSERVATIONS ANCIENNES ET RÉCENTES
DE SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE**

(Tableaux néerologiques des mères et des enfants, du 11 mars 1887 au 30 juin 1893)
(25 cas nouveaux de Symphyséotomie).

Président : M. TARNIER, professeur.

Professeur : M. DEBOVE.

Agrégés : MM. { MAYGRIER.
MARFAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Médecin à la Clinique d'accouchements.

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

Un agréable devoir s'impose à nous ; c'est de rendre un juste et public hommage à tous nos maîtres, et à tous ceux qui de près ou de loin ont bien voulu nous guider de leurs conseils dans le cours de notre instruction médicale.

Bien que fils de médecin, notre premier maître fut, sous l'impulsion paternelle, ce bon et regretté professeur Gosselin dont les leçons à la Charité font encore époque en clinique chirurgicale. Nous n'oublierons jamais les excellents avis dont M. le professeur Bouchard et M. le docteur Nicaise ont bien voulu nous guider au commencement de nos études de médecine et de chirurgie. Nous devons ensuite remercier, dans les hôpitaux, nos maîtres directs : M. le docteur Guyot, à Beaujon, MM. Labbé et Peyrot, à Lariboisière ; M. H. Marchand pour ses inoubliables leçons d'anatomie pratique ; M. le professeur Fournier pour ses cliniques si claires, et d'une application si courante ; enfin, notre dernier maître, M. le professeur Tarnier, dont les cliniques chirurgicales sont si écoutées et recueillies si soigneusement par les médecins de tous pays, à cause de leur allure indépendante et de leurs conclusions toujours pondérées et frappées du sceau de la raison.

AVANT-PROPOS

Au milieu de janvier dernier, M. le docteur Demelin faisait remarquer au professeur Tarnier le nombre toujours croissant de symphyséotomies pratiquées en France et à l'étranger. M. le professeur Tarnier, notre excellent maître, nous dit alors qu'il serait intéressant d'en faire la statistique complète, la statistique internationale. C'était là un travail un peu long, peut-être, à cause de la correspondance à établir, des réponses à attendre, de l'expectative à garder devant quelques promesses, mais qui devait être facilité par la constante amabilité de tous nos correspondants français et étrangers.

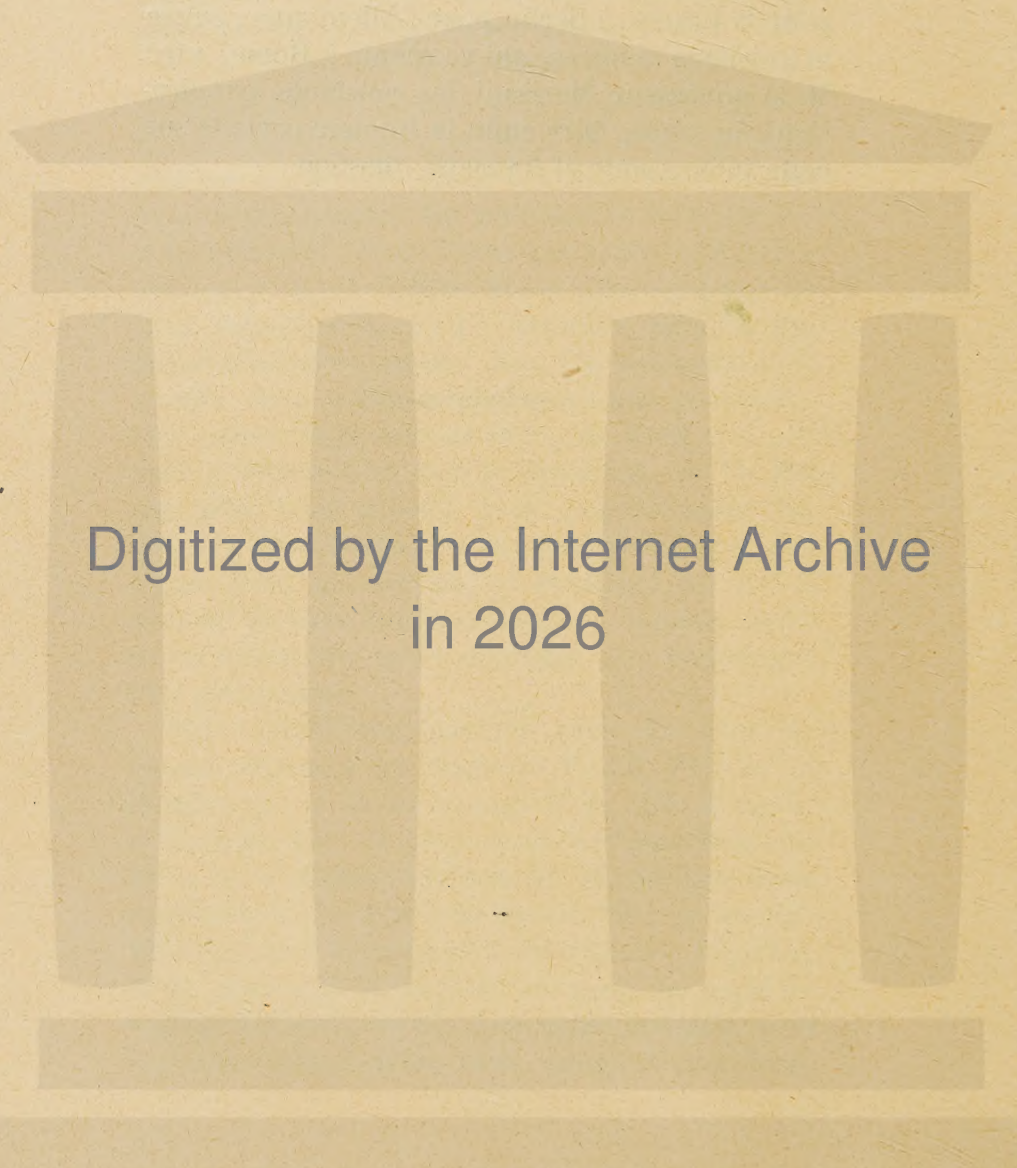
Dès le dernier jour de janvier dernier, M. le professeur Morisani, par un autographe précieux, avait la bonté de nous promettre son assistance, et nous faisait espérer l'hommage de sa prochaine (alors) et dernière statistique. Le 9 juin dernier il avait l'extrême obligeance de nous adresser à nouveau, par lettre, les particularités relatives à quatre nouveaux cas italiens, connus et pratiqués

depuis sa précédente statistique; nous lui en adressons ici nos sincères remerciements.

Dans le courant de février, M. le professeur Phénoménoff, de Kasan, nous répondait dans le français le plus pur, et avait la bonté de nous envoyer un résumé précis des deux observations de symphyséotomie des professeurs Krassousky, et Koschkaroff, observations qui avaient été exposées à la réunion obstétricale et gynécologique de Saint Pétersbourg, du 17 décembre 1892, et qui furent plus tard publiées dans les journaux allemands. Nous sommes également bien reconnaissant envers le professeur Reïn, de Kieff, qui, s'il nous a répondu un peu tardivement, ne l'a fait que pour nous donner plus complètement les détails d'une observation de symphyséotomie pratiquée dans son service, et recueillie par M^{me} le docteur Victoria Noldjisejoneska, à laquelle, pour sa complaisance, nous adressons des hommages tout particuliers.

Nous n'oublierons pas non plus de noter les bonnes réponses des docteurs Porak, Fochier et Deschamps, ni les bons conseils de MM. Demelin et Laskine, qui, au moment de l'apparition du Bilan de la symphyséotomie de M. Varnier, nous empêchèrent de renoncer tout à fait à ce travail. En réunissant ici quelques observations récentes, et en reprenant et rapprochant pour un point de vue spécial quelques cas de symphyséotomie, nous espérons encore avoir émis quelques considéra-

tions dignes d'un certain intérêt. La symphyséotomie a déjà réuni cette année deux congrès : à Paris, pour la France, à Berlin, pour l'Allemagne ; puisse le troisième congrès, qui va réunir à Rome, avec M. le professeur Morisani, les constants symphysiens du siècle, faire enfin la lumière parfaite sur cette intéressante et française question.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0056

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES OBSERVATIONS ANCIENNES ET RÉCENTES
DE
SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE

A la page 32 de sa thèse (thèse de doctorat du 1^{er} juillet 1892), le docteur Paul Desfor-
ges caractérise ainsi la période qui s'écoule de 1776 à 1786 :

« On fit, dit-il, de nombreuses symphyséoto-
« mies pendant les quelques années qui suivirent
« l'opération célèbre de la femme Souchot », et il
cite pour la mieux définir les mots topiques de
l'illustre Baudelocque, qui, d'une phrase, donne
le tableau vivant de l'engouement qui s'empara
de certains esprits pour l'opération de Sigault :
« Il semblait, s'exclame Baudelocque, que l'art
des accouchements se réduisait à la dextérité
nécessaire pour bien exécuter cette opération » (la
symphyséotomie).

Plus loin, dans un autre chapitre, Paul Desfor-
ges peint bien l'opinion modifiée des accoucheurs,
au commencement du XIX^e siècle : « Après avoir
« passionné les esprits, pendant une dizaine
« d'année, la symphyséotomie tombe rapidement
« dans l'oubli. Elle jette encore quelques lueurs

« au commencement du siècle, puis fut complètement abandonnée. Baudelocque, dont l'autorité « était toute-puissante, lui avait porté le premier « et le dernier coup ; désormais elle ne devait plus « être qu'une opération historique. » Et Paul Desforges continue sur un ton mélancolique ; « Il en est souvent ainsi dans notre pays, où deux tendances opposées se manifestent. *C'est d'abord une question de mode ; l'enthousiasme est subit et sans motif. Mais bientôt survient l'indifférence, et triomphe l'esprit de routine.*

A ce point de vue, il nous semble, notre époque actuelle, contemporaine, rappelle sous bien des rapports celle de la fin du XVIII^e siècle. La symphyséotomie a ses partisans enthousiastes, mais elle a aussi, je ne dirai pas ses détracteurs, mais ses critiques très autorisés.

Grâce à l'antisepsie, au perfectionnement de l'outillage, et à l'initiative vigoureuse de Morisani, Spinelli et enfin de M. le professeur Pinard, la symphyséotomie a pris un essor nouveau. Les chefs des diverses écoles se sont mis à la pratiquer les uns après les autres ; chacun tient à en faire bénéficier ces pauvres femmes qui ont encore présent à leur mémoire les embryotomies, les basiotripsies qui *seules*, jusqu'à ce jour, étaient capables de terminer, de faire aboutir leurs souffrances. M. le professeur Pinard s'est élevé avec force contre ce massacre des innocents (Congrès de la Société obstétricale de France, avril 1893),

« tout comme Sigault », contre ces accoucheurs impitoyables, qui sacrifient l'enfant à la mère « comme si leur débilité et leur impuissance n'auraient pas dû plutôt intéresser en leur faveur. » (Sigault, discours sur les avantages de la section de la symphyse, cité par Desforges.)

Dans la leçon du 7 décembre 1891, M. Pinard a posé avec une très grande netteté les trois questions qui, à son point de vue, doivent primer sur les autres dans la discussion de la symphyséotomie :

1^o Peut-on, dit-il, par la symphyséotomie, obtenir sans lésions graves un agrandissement notable du bassin ? Quel peut être cet agrandissement ?

2^o La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs ? Et comment doit-on la pratiquer ?

3^o Quelles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche, et à des grossesses ultérieures ?

Quant à la première question, il ne viendra bien certainement à l'idée de personne de contester l'efficacité de l'écartement des os du pubis.

Les adversaires les plus déclarés de la symphyséotomie, tels que Lauvergat et Baudelocque autrefois concédaient déjà que l'on pouvait faire gagner 11 millimètres et même 13 millimètres au diamètre antéro-postérieur, ou détroit supérieur. Maintenant, *dans des limites utiles*, l'agrandis-

sement se fait sans autre altération du bassin qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques, dit M. le professeur Pinard.

Cette question des limites utiles domine presque tout le sujet. Quelles sont ces limites utiles ? Où doit-on s'arrêter ? On peut même dire que c'est cette question qui a fait échouer certaines tentatives, et qui a contribué à faire tomber dans l'oubli une opération, qui employée en temps utile et dans les mesures du possible, devait donner de bons résultats.

Déjà, dans un atlas complémentaire, M. le professeur Tarnier dit : « Immédiatement après la section de la symphyse, les pubis s'éloignent spontanément de 1 à 2 millimètres; cet écartement augmente, quand on attire les hanches et les cuisses en dehors, et il acquiert facilement une largeur de 4 à 5 centimètres, sans qu'on observe aucune lésion importante, quand on procède avec douceur et lenteur. »

L'année dernière, M. le professeur Tarnier a refait une série d'expériences sur le cadavre. Elles ont montré qu'il faut être très circonspect dans l'appréciation des résultats obtenus par l'écartement inter-pubien. On a remarqué en effet que le décollement se produisait toujours, et que la disjonction articulaire se manifestait après un écartement de 2,5 à 3 centimètres.

M. Pinard déconseille de dépasser 7 centimètres

d'écartement, et dit qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction, et faire immobiliser le bassin quand l'aiguille commence à signaler un écartement supérieur à 6 centimètres. C'est le seul moyen de ne pas s'exposer à produire des lésions des parties molles au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. Je donne à l'écartement de *6 centimètres* le nom caractéristique de « écartement scientifique. »

La question de l'écartement est intimement liée à celle des indications de la symphyséotomie. Et, en effet, étant donné que l'écartement maximum (6 centimètres) peut agrandir le diamètre antéro-postérieur de 15 millimètres, quels sont les rétrécissements qui sont justiciables de cette opération.

Vers la fin de sa vie, Sigault admettait qu'il ne fallait entreprendre la section de la symphyse pubienne qu'autant que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesurait 67 millimètres au moins. Désormeaux et Paul Dubois acceptaient ce chiffre.

Chailly-Honoré n'admet le succès de l'opération que si le bassin a 67 millimètres au minimum, et encore faut-il que la tête soit d'un petit volume, réductible, et que les articulations sacro-iliaques soient relâchées.

Jaquemier s'exprime presque de la même façon, de même que Murat.

En Italie, à part Galbiati, qui prétendait que la symphyséotomie donnait de bons résultats, même

avec un diamètre de 45 à 50 millimètres, tous les autres auteurs, tels que Jacolucci, Novi, Morisani, admettent qu'il faut disposer d'un diamètre utile d'au moins 67 millimètres. Et encore, dit Morisani, la symphyséotomie dans ces conditions *n'est pas absolument innocente*.

Dans sa lettre à M. Pinard, Spinelli affirme cependant qu'un fœtus à terme et très développé peut traverser, grâce à la symphyséotomie, un bassin dont le diamètre utile mesure au moins 65 millimètres.

Quant à la limite supérieure, Jaquemier, avec son miracle sens clinique, dit qu'elle ne peut avoir rien d'absolu. On la fixe à 81 millimètres et au-dessus, mais c'est surtout d'après le résultat d'accouchements antérieurs qu'on peut présumer que les efforts maternels ou le forceps sont suffisants ou non, et *poser que la symphyséotomie n'empiète pas sur l'expulsion simple et le forceps. Il faut accorder à l'expectation le temps rationnellement permis, faire avec prudence et ménagement une ou deux applications de forceps et se décider alors dans le cas où l'un ou l'autre de ces moyens échouerait, à pratiquer la section de la symphyse ; et, la question de se déterminer à temps pour concilier les intérêts de la mère et de l'enfant, exige une grande habitude de la pratique qui à la vérité n'est pas à la portée de tous les médecins.*

Le docteur Porak, tout récemment (14-17 sep-

tembre 1892) au congrès de Bruxelles, s'exprimait d'une façon presque identique. Lui aussi conseille dans les cas douteux de recourir à une application de forceps.

A la dernière réunion de la Société obstétricale de France, nous avons pu voir combien les partisans de l'application du forceps avant la symphyséotomie ont été pris à parti. Plusieurs faits d'ailleurs ont été cités avec justice à l'appui de cette nouvelle thèse. Le docteur Fernand Merlin, dans la communication qu'il a faite à la *Loire médicale*, le 25 octobre 1892, n'accuse-t-il pas d'une façon formelle l'application préalable du forceps d'être la cause essentielle et unique de la mort de l'enfant.

Le docteur Queirel de Marseille, dans le cas qu'il a lu au congrès de la Société obstétricale de France de 1892, n'a-t-il pas dit : « Quant au fœtus, s'il n'avait pas subi l'application du forceps à deux reprises différentes, et avec l'intention de l'opérateur de l'amener au dehors, sûrement nous l'aurions vivant. »

Il y a longtemps que des faits analogues sont connus. Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné d'assister à ces applications de forceps répétées avec conviction, et se terminant par la naissance d'un enfant mort-né ; on arrivait bien parfois, grâce à de grands soins, à le ranimer, mais il ne tardait pas à succomber peu de temps après.

M. le professeur Tarnier, dans ses cours à la Faculté, insistait déjà beaucoup sur cette force nuisible

du forceps. Dans le dernier cahier des *Annales de Gynécologie* de 1892, M. Farabeuf évalue la force qui comprime la tête, et dilate le bassin à 300 kilogrammes, la traction de l'accoucheur étant de 30 kilogrammes.

Il faut donc renoncer à ces tractions immodérées, faites sur une tête arrêtée et saisie au détroit supérieur.

S'ensuit-il qu'il faille, dans les cas douteux auxquels faisait allusion Jaquemier, faire d'emblée la symphyséotomie ainsi que le réclame aujourd'hui les symphysiens fanatiques.

Nous ne le croyons pas, car de cette façon on tombera facilement et fatalement dans l'exagération. On multipliera le nombre des symphyséotomies d'une manière absolument inutile ; et là, où une simple application de forceps aurait suffi, on verra intervenir, et trancher la difficulté, la symphyséotomie. Ce qui assurément sera loin de la vérité.

La deuxième question que M. Pinard a posée comme ayant une grande importance est celle, à savoir, que la symphyséotomie est à la portée de tous les accoucheurs.

De prime abord, il semblerait que c'est là une question d'un intérêt tout à fait secondaire, et dont la solution ne doive nullement influencer l'opinion des accoucheurs ; — examinée de plus près cependant, on s'aperçoit bien vite que M. Pinard avait

bien raison de l'agiter, et de la résoudre dans un certain sens. Et d'abord, qu'est-ce que la symphyséotomie, sinon un moyen de venir en aide aux femmes qui sont vouées aux accouchements longs et pénibles ? Mais ces cas de distocie, ce n'est pas le maître éminent d'une école qui aura seulement à les traiter ; le premier médecin de campagne venu pourra se trouver un jour aux prises avec un cas semblable, et son devoir sera de s'en tirer à son honneur. C'est-à-dire qu'il devra se mettre en devoir de sauver la mère et l'enfant ; et, sans nous étendre trop longuement, sans entrer dans des considérations multiples d'ordre moral, philosophique ou même social, nous savons combien ce sont là des questions qui importent au médecin consciencieux.

En analysant ainsi de près les raisons, qui ont poussé M. Pinard à dire que la symphyséotomie est à la portée de tous les accoucheurs, on comprend aussi pourquoi ses élèves : M. Wallich entre autres, en exagérant l'idée de son maître, a pu écrire un article sur la symphyséotomie, et lui donner comme sous-titre : « Une nouvelle opération d'urgence ».

Il est évident que dans certaines circonstances tout à fait spéciales, la symphyséotomie peut devenir une opération d'urgence. Qu'un médecin soit appelé auprès d'une femme présentant une dilatation complète avec tête fixée, et au détroit supérieur, que le diamètre promoto sous-pubien

soit de 10,5 et que l'enfant soit vivant, bien vivant; ce médecin, loin des cliniques et des maîtres autorisés, aura-t-il le droit de se croiser les bras et d'attendre ?

Certainement : *Non*. Son cas est celui du médecin qui est appelé auprès d'un individu atteint de hernie étranglée, ou d'un enfant atteint de croup chez lequel il n'y aurait plus qu'une chance de salut : la trachéotomie.

Posée de cette façon, la symphyséotomie est bien une opération d'urgence. S'ensuit-il qu'elle est facile ? Loin de nous la pensée de la considérer comme telle, et malgré tout ce que nous ont appris les récentes publications, les leçons et les articles de MM. Pinard, Farabeuf et autres partisans de la symphyséotomie, celle-ci reste une opération délicate demandant des aptitudes et des connaissances chirurgicales et obstétricales qui sont loin d'être à la portée de tout médecin ; sans compter encore un outillage spécial, et des conditions d'asepsie qui ne sont pas réalisables partout. — J'entends déjà les partisans de la symphyséotomie, « comme opération d'urgence » ; — et la trachéotomie, et l'opération de la hernie étranglée, et l'amputation de cuisse ne sont-ce pas là des opérations délicates, exigeant de grandes connaissances et une bonne préparation ?

En théorie, ils ont certainement raison ; mais en pratique : combien sont-ils loin de la vérité, de la réalité ? Combien, en effet, trouvera-t-on de

médecins osant, et étant à même de faire une kélotomie ou une trachéotomie ?

Nous arrivons à la troisième : Dans quelles conditions s'observe et s'effectue la consolidation du bassin après la symphyséotomie ?

M. Pinard affirme que la consolidation s'effectue dans un laps de temps relativement assez court, environ un mois. Peut-être en est-il ainsi dans la plupart des cas, mais il ne faut pas oublier que toute jeune que soit la symphyséotomie naissante, on connaît déjà quelques cas de non consolidation, ou de consolidation imparfaite et insuffisante. (Observation de Tollemmer, le cas rapporté par M. Maygrier.)

Est-ce tout ? M. le professeur Pinard, dans une leçon qu'il a faite juste un an après sa première leçon sur ce sujet (— décembre 1891 et — décembre 1892), dit que l'opération de la symphyséotomie ne lèse et ne *doit* léser aucun organe important de l'organisme maternel. En est-il vraiment ainsi ? — Non. M. le professeur Pinard dit bien qu'il n'a jamais observé de lésions ni de l'urèthre, ni de la vessie ; mais, aussitôt après, il ajoute que dans trois cas il a reconnu une petite déchirure vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas « au moins » avec la plaie opératoire. — Ce qui est simple petite déchirure vestibulo-vaginale chez M. Pinard, deviendra grande déchirure chez d'autres. Nous ne pren-

drons comme exemple que les cas de MM. Porak et Tellier, Lusk, cas cités dans la statistique de M. Varnier (*Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*. Paris, 1893), sous les numéros 64, 62 et 65 du tableau, déchirure de l'urèthre, du vagin, de la vessie, et peut-être du col (Lusk).

Voilà donc une opération destinée à sauvegarder la mère et l'enfant, et dont la statistique est déjà assez louche, ainsi qu'on le verra plus loin ; la mortalité des mères est de 10,73 0/0. Mais M. Pinard déclare en réponse qu'autant qu'on ne lui aura pas démontré qu'une femme est morte uniquement *du et par le fait* de la symphyséotomie, il continuera à la considérer comme une bonne opération et une intervention éminemment conservatrice.

Je crois que là encore, l'opinion de M. Pinard et de ses adeptes est exagérée. Ils affirment que l'embryotomie, ou l'opération césarienne n'aurait pas donné de meilleurs résultats que la symphyséotomie. L'opération césarienne ? Peut-être. — Mais assurément pas l'embryotomie céphalique.

— Voyons maintenant si la symphyséotomie peut et doit, ainsi que le dit M. Pinard, soustraire l'enfant à toutes lésions graves. La statistique brute nous montre qu'il n'en est rien, et que sur 149 cas, 37 enfants ont succombé. Nous savons bien que M. Varnier dans sa brochure : « *Bilan de la symphyséotomie renaissante*, conclut que « viable, « non blessé, l'enfant doit sortir vivant, et survi-

« vre à la double condition que la symphyséo-
« tomie sera complète, et l'écartement préalable,
« reconnu nécessaire par le calcul, obtenu avant
« l'intervention finale ; l'application régulière du
« forceps à traction aëxile sur la tête fléchie, et en
« position transversale. »

M. Varnier finit son plaidoyer, en disant que sur ces bases « *seules* » il veut désormais discuter.

C'est là en somme encore une affirmation qui a besoin d'être appuyée par des documents nombreux, qui manquent absolument à l'heure actuelle. Ce qui est d'ores et déjà certain c'est qu'en suivant la ligne tracée par M. Pinard et ses élèves, on va faire nombre de symphyséotomies, étant donné que l'application de forceps di'e d'essai est absolument proscrite par eux. D'ici quelques années nous verrons si la symphyséotomie est réellement une opération si bonne, et si inoffensive. En attendant nous croyons que cette manière de faire est trop absolue, et mènera fatalement à des abus considérables. Pour qui veut bien regarder, il est facile de s'apercevoir avec quelle prodigieuse vitesse MM. Pinard et ses élèves ont été entraînés à exagérer leur pensée première.

Le 1^{er} décembre 1891 M. Pinard finit sa mémorable leçon en disant : « La symphyséotomie devien-
« dra le complément de l'accouchement préma-
« turé dans bien des cas, et se substituera à l'em-
« bryotomie et à l'opération césarienne dans bien
« d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ

« très restreint où elles règneront seules, sans partage. »

Un an plus tard, M. Pinard, modifiait déjà en l'accentuant davantage sa première façon de penser: « Elle (la symphyséotomie) nous évitera, dit-il, « *de pratiquer désormais des accouchements provoqués par trop prématurés*. La crainte de « l'obstacle de la filière pelvienne rétrécie ne harcelera plus autant les esprits, et sachant que « nous avons la *faculté*, j'allais dire la facilité, « d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme « que la viabilité du fœtus, que son aptitude à « vivre de la vie extra-utérine soient certaines. »

Au dernier congrès de la Société obstétricale de France au mois d'avril dernier (1893), à la question posée par M. Bar: « Quand une femme enceinte, au bassin rétréci se présente chez vous, « votre tendance actuelle est de rejeter l'accouchement prématuré pour attendre et faire la symphyséotomie. ».

M. Varnier a répondu: « Oui, à moins que l'accouchement ne se termine spontanément. »

Voilà donc qui est entendu. — En 1891 la symphyséotomie était le complément de l'accouchement prématuré. — En 1893, le seul traitement qui convient aux bassins rétrécis, à moins d'un accouchement spontané, c'est la symphyséotomie suivie du forceps. C'est là, ce nous semble une conduite par trop exclusive, et, avec MM. Tarnier, Bar, Budin, Maygrier, nous croyons qu'en clinique il

n'est pas bon de faire des équations analogues à celle-ci : (*Bassin rétréci = symphyséotomie plus forceps sur tête fléchie et en position transversale.*) La clinique est surtout faite d'indications ; si dans tel cas l'expectation peut suffire, dans tel autre le forceps tranchera la difficulté ; dans tel autre encore la version tant bafouée pourra rendre d'utiles services. Enfin la symphyséotomie pourra trouver son application dans des bassins au-dessous de tel et tel chiffre.

Ce sont ces indications différentes que nous allons maintenant essayer de poser.

QUELQUES RÉFLEXIONS

A propos des méthodes employées dans les bassins rétrécis.

Dans sa communication au congrès de la Société obstétricale de France, M. Varnier, parlant de la valeur comparative des différentes méthodes, employées dans le traitement des bassins rétrécis, dit-il entre autres : « Seul le forceps tient bon, mais il ajoute presque aussitôt, pour peu de temps encore ». Car pour lui il n'aura de valeur qu'en tant qu'il sera associé à la symphyséotomie faite de propos délibéré.

Envisagée d'une façon générale, cette opinion est beaucoup trop exagérée. Comment accepter une manière de faire aussi absolue ? A qui pourra-t-on faire croire que dans un bassin qui mesure 11 centimètres par exemple, dans son diamètre promonto-sous-pubien, il faille commencer d'emblée par faire une symphyséotomie pour la compléter ensuite par une application du forceps. Un enfant à terme, un peu gros, pourra

rencontrer des difficultés pour franchir un diamètre promonto-sous-pubien de 11 centimètres, mais c'est là un fait très rare; et même fût-ce le cas, que la conduite à tenir serait toute tracée; on appliquerait sans hésitation le forceps. Agissant ainsi, nous sommes absolument convaincu que, dans les 7/8 des cas, on arriverait alors sans peine à extraire un enfant vivant.

Au dessous de 11 centimètres, le forceps au détroit supérieur peut présenter des difficultés réelles à 10,8-10,7-10,5, l'application devient pénible et demande une grande habileté opératoire; et l'influence compressive du forceps se manifeste avec une grande netteté. Aussi croyons-nous qu'il est absolument juste, et extrêmement sage, dans ces cas, de renoncer à des tractions immodérées, qui font courir des risques aussi considérables à la mère et à l'enfant. Cette opinion nous semble d'autant plus soutenable que d'autres méthodes sont aujourd'hui à notre service; méthodes qui de jour en jour prennent une importance de plus en plus grande.

Mais avant de dire ce que nous pensons de la symphyséotomie, qu'il nous soit permis de dire encore ici quelques mots sur la version, qui, autrefois, avait tant passionné les accoucheurs.

Ce que nous en avons entendu dire par M. Var-
nier, au dernier congrès de la Société obstétricale, n'est qu'un très faible écho, et la répétition très atténuée de la façon de penser de son maître, qui

autrefois en argumentant une thèse soutenue par un modeste candidat (Thèse de Grisel) à la Faculté de médecine de Paris, prononça une virulente diatribe contre ces méthodes qui nous viennent d'outre-mer. Et en effet, chez nous, à Paris, venir défendre la version dans les bassins rétrécis, c'était faire un acte d'indépendance, témoigner d'une audace qui méritait une verte semonce.

Bien des années se sont passées depuis, personne n'osait élever la voix en faveur d'une opération proscrite et condamnée d'un façon absolue. De temps en temps on lisait bien encore de ci, de là, un mémoire sur la version, traduction de quelque publication étrangère. On parcourait avec indifférence les statistiques, et l'on continuait à appliquer le forceps seul. Aussi, grand a été notre étonnement, quand au dernier congrès MM. Budin et Bar sont venus dire quelques mots pour réhabiliter la version. — « Dans un certain nombre de cas, disait M. Budin, à ma grande surprise, j'ai fait passer plus facilement que je ne le croyais des enfants vivants, alors que le forceps avait échoué ; et depuis 18 mois j'ai extrait cinq enfants vivants par la version, alors que le forceps avait échoué. J'ai aujourd'hui à votre disposition les observations dans lesquelles le forceps a échoué, alors que la version a donné des enfants vivants. » M. Budin discute ensuite les conditions mécaniques du passage de la tête descendue à travers

une filière rétrécie, et dit : « L'expérience du mannequin montre, que si on tire sur le tronc, avant d'avoir rien fait au préalable, la tête reste au détroit supérieur sans s'engager. La tête se déflechit ; on voit s'arrêter sur le rétrécissement le diamètre bi-malaire, on a beau tirer, rien ne descend ; et quand ce rétrécissement est considérable, bien souvent le menton descend en avant, au niveau de l'éminence iléo-peclinée, et l'on a une certaine peine à mettre le doigt dans la bouche. — Si, au contraire, vous commencez par mettre le doigt dans la bouche en fléchissant la tête, que faites-vous ? — Vous avez mis la nuque en rapport avec la ligne innommée, et vous avez repoussé la tête vers le côté le plus large du bassin ; mettant ainsi le diamètre bi-temporal, ou un diamètre voisin, en rapport avec le diamètre le plus petit du bassin. Non seulement ce diamètre se trouve être le plus réductible, mais encore la tête se trouve comprimée par la traction sur le maxillaire inférieur, et toute la réductibilité est obtenue. Et si vous ajoutez la pression exercée sur la région frontale au moment de la traction, quand on presse par en haut, la nuque étant en rapport avec la ligne innommée, la tête descend et sort. »

M. Budin, discute alors les indications de la version, et demande si celle-ci est applicable à tous les bassins rétrécis d'une façon indistincte. Le plus simple raisonnement démontre que ce

sont surtout les bassins aplatis d'avant en arrière qui pourront bénéficier de la version, à cause de l'espace assez grand que l'on trouve sur les parties latérales. Espace qui permet à l'opérateur de repousser l'occiput du côté de l'une des fosses iliaques, et mettre ainsi le diamètre bi-temporal en rapport avec le diamètre rétréci.

Et il en vient à conclure qu'il ne faut pas être trop exclusif, et qu'il faut savoir se servir à l'occasion même de la version.

M. Nagel (*Centralblatt, für Gynæcologie*) a publié plusieurs mémoires destinés à montrer que la version est une intervention qui peut avoir son utilité et rendre des services.

M. Bar l'a pratiquée avec succès dans bien des cas.

M. Varnier reproche à ceux qui défendent la version, de procéder au hasard. Il dit : « Cette méthode consiste à essayer de faire passer, au petit bonheur, dans un bassin dont les dimensions et la forme exacte sont inconnus, un fœtus dont le poids, les diamètres, les circonférences et le degré de réductibilité sont également inconnus. » Est-ce vrai ? — Nous ne le croyons pas ; car M. Budin, M. Bar et autres ne font jamais la version quand la disproportion entre les diamètres du bassin, et d'une tête d'enfant à terme, est trop grande.

Nous croyons qu'étant donné que par la version on amène le diamètre le plus petit de la tête

(diam. bi-temporal) au niveau du diamètre rétréci, on pourrait faire encore la version dans un bassin mesurant 10 centimètres dans son diamètre promonto-sous-pubien. Au-dessous de ce chiffre on doit certainement avoir des échecs assez fréquents, et il est plus raisonnable de renoncer tant bien au forceps qu'à la version, et avoir recours à la symphyséotomie.

Celle-ci, pratiquée en temps opportun, doit évidemment rendre les plus grands services.

— Voyons maintenant comment les bassins rétrécis bénéficieront de la symphyséotomie.

M. le professeur Fochier a fort bien élucidé cette question, et voici comment il conclut :

Dans les *bassins aplatis* la tête s'oriente de façon à mettre ses diamètres sagittaux en rapport avec le diamètre transverse du bassin.

Après la symphyséotomie tous les diamètres du bassin s'agrandissent, mais surtout le diamètre transversale du détroit supérieur, qui passe par le milieu du conjugué. (Transverse médian). L'attitude de la tête devra donc rester la même qu'avant la symphyséotomie, et on peut dire qu'elle doit s'y maintenir d'autant que le diamètre le plus spacieux est encore le transverse.

Pour les *bassins généralement rétrécis*, voici ce que dit M. le professeur Fochier : l'agrandissement *maximum* portant sur le transverse médian, il est évident que l'orientation de la tête, fût-elle oblique et très en rapport avec les diamètres obli-

ques du bassin, qu'après la symphyséotomie, il sera nécessaire de la modifier.

La forme du détroit supérieur, après la section de la symphyse-pubienne est, au point de vue de l'engagement de la tête, celle d'un bassin aplati.

Plus appréciables encore sont ses conclusions, lorsqu'il s'agit d'un *bassin aplati généralement rétréci*.

Dans tous les bassins de ce type le transverse maximum est non seulement un peu rétréci, mais surtout reporté si près du promontoire qu'il est absolument inutilisable. Par suite de la symphyséotomie le transverse maximum se rapproche alors considérablement du médian, et l'oblique médian s'éloigne à peine du promontoire.

La tête livrée à elle-même passerait de l'oblique au transverse par le fait de l'augmentation progressive des diamètres, de la première à la seconde.

D'ailleurs, continue M. Fochier, on n'a qu'à rapprocher le contour de l'aplatissement généralement rétréci, après la symphyséotomie, — du contour de l'aplatissement simple, avant ou après la symphyséotomie, — pour se convaincre que la symphyséotomie transforme l'aplatissement généralement rétréci en un aplatissement, — pour affirmer que là, comme dans l'aplatissement, plus encore que dans le généralement rétréci, il faut engager la tête en position transversale, et en attitude oblique.

Nous avons cité, aussi complètement que pos-

sible les réflexions de M. Fochier (voir travail de Fochier in *Ann. de gynéc. et d'obstétrique*, d'avril 1892, p. 356 et suiv.) qui a rendu un très grand service, en donnant une base véritablement scientifique à la symphyséotomie faite dans les bassins rétrécis. Elles complètent les notions qui nous ont été transmises par les anciens, et par les travaux récents de MM. Farabeuf et Pinard, qui n'avaient envisagé que l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. — Elles nous ont appris qu'on peut beaucoup espérer de la symphyséotomie; surtout, si l'on sait se conformer aux indications véritables, réelles de cette opération, et aux notions qui dérivent de l'étude expérimentale.

APPLICATIONS RARES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Dans les cas de fibromes, de rigidité du col et d'inertie

Nous en avons fini avec la symphyséotomie faite dans les bassins rétrécis.

Dans ces derniers temps, on a tenté de l'appliquer à des cas d'un caractère spécial.

C'est ainsi que nous l'avons vu employer pour parer à un rétrécissement dû à la présence d'un fibrome.

Le cas de M. Lepage (Obst. *in extenso* plus loin) est assez instructif. — Il nous montre une tumeur plaquée contre la paroi postérieure de l'excavation; tumeur élevée, énorme, de consistance ferme, que MM. Lepage et Potocki considérèrent comme siégeant à la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus. Les tentatives de réduction, les applications répétées de forceps échouèrent successivement. On avait à choisir entre trois procédés différents : Opération césarienne suivie ou nom de l'amputation de l'utérus, basiotripsie ou enfin symphyséotomie. MM. Lepage et Potocki

se sont décidés pour cette dernière opération. Ont-ils eu tort ? Ont-ils eu raison ? L'opération, voyons-nous dans l'observation, s'est terminée par la mise au monde d'un enfant vivant, qui s'élève régulièrement depuis cette époque ; la femme s'est bien remise, et un mois après l'accouchement, elle marchait seule et sans appui dans son appartement. C'est un grand succès. Justifie-t-il l'intervention ? — Il est incontestable que l'opération césarienne, dans un cas de grossesse compliquée de fibromes, aurait exposé les jours de la femme dans une bien plus large mesure et que la symphyséotomie, malgré sa gravité, ne lui est pas comparable. MM. Lepage et Potocki avaient donc raison de l'entreprendre, et M. le professeur Pinard de la conseiller.

Dans l'observation de M. le professeur Reïn (Voir plus loin l'observation in-extenso) de Kieff, il s'agissait enfin de grossesse compliquée de fibromes. Il y avait là trois tumeurs ; l'une d'elles, grosse comme un œuf de poule, était située sur la face antérieure du sacrum ; un peu à droite, la deuxième, dont la grosseur atteignait celle d'un œuf d'oie, séparée de la première par une petite rigole, occupant la moitié gauche de la face antérieure du sacrum. Cette dernière tumeur se fondait insensiblement avec une troisième tumeur située sur la face postérieure de la branche horizontale gauche du pubis. Ainsi qu'on pourra le voir plus loin, M. le professeur Reïn a discuté l'op-

portunité de telle ou telle opération. Il rejeta la craniotomie, comme un acte opératoire inadmissible dans l'état actuel de la science obstétricale. On essaya d'appliquer le forceps ; mais comme les tractions opérées sur ce dernier restèrent infructueuses, et sans aucune efficacité, il résolut de pratiquer la symphyséotomie après avoir pesé les arguments qui pouvaient être invoqués en faveur de l'opération césarienne. Il renonça à cette dernière, dit-il, à cause de l'engagement profond de la tête, de la rupture des membranes remontant déjà à deux jours, et des examens nombreux auxquels la femme avait été exposée depuis son entrée en travail. M. le professeur Reïn dit que dans tous les cas où le travail dure un temps assez long dans des conditions défavorables, la symphyséotomie mérite la préférence à l'opération césarienne.

Après ces deux cas si heureux, il n'est pas mauvais de citer, pensons-nous, le cas de M. Maygrier, qui montre qu'il ne faut pas trop demander à la symphyséotomie ; qu'il faut savoir limiter ses indications ; que c'est bien là une opération excellente, mais que c'est loin d'être une panacée universelle.

Dans le cas de M. Maygrier, la tumeur fibreuse tenait à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérait une partie de l'excavation. Sa consistance était dure, élastique, et presque du volume d'un poing, ne permettant pas l'introduction de plus de deux doigts entre elle et les parois

du bassin. Le rétrécissement était considérable. Néanmoins, M. Maygrier se décide en faveur de la symphyséotomie dans l'espoir de voir s'agrandir suffisamment le bassin pour pouvoir extraire avec le forceps un enfant vivant. Malgré un écartement de 6 centimètres, et plusieurs applications de forceps la tête n'a pu être extraite.

Au 5^e congrès de la Société allemande de gynécologie, M. le professeur Zweifel, de Leipzig, a communiqué quelques cas très suggestifs.

C'est ainsi que dans sa 8^e observation, il s'agit d'une primipare en travail depuis 24 heures. Le bassin mesure 88 mill. et appartient à la variété oblique ovulaire, la poche des eaux rompue prématurément, l'orifice du col est rigide.

Pour permettre à la tête d'entrer dans le bassin, dit Zweifel, et de dilater l'orifice, la symphyséotomie fut faite à 7 h. 27 minutes. A 9 h. 5 (environ au bout d'une heure et demie) l'orifice offrait une dilatation de 5 fr. ; à 1 h. 25 (au bout de 4 h. 20) dilatation d'une paume de main ; à 3 h. 30 du matin la tête franchissait l'orifice, et à 5 h. 15 l'accouchement se terminait spontanément (soit un peu plus de dix heures après l'opération de la symphyséotomie.)

Dans le 9^e cas, après 17 heures de travail, la tête restant encore élevée et l'orifice non dilaté, la symphyséotomie fut pratiquée. La tête s'engagea aussitôt plus profondément et resta une demi-

heure sur le plancher pelvien. Alors on appliqua le forceps de Nœgele à cause du ralentissement des bruits du cœur (Diamètre du bassin non indiqué). Enfant vivant de 3.300 gr. Bi-par. 90. Mère guérie.

Dans son 10^e cas, Zweifel parle d'une primipare de 43 ANS (!); bassin plat généralement rétréci, mesurant 82 mm. Après 26 heures 1/2 de travail l'opération (symphyséotomie) fut faite. *Aussitôt* la tête s'engagea et l'orifice commença à s'ouvrir. On attendit 1 heure 1/2. Comme les battements du cœur fœtal faiblissaient, à cause d'un circulaire du cordon, les bords de l'orifice rigide furent incisés latéralement, et la tête médiocrement engagée, extraite avec le forceps de Nœgele. L'enfant naquit en état de mort apparente, mais fut ranimé. Poids, 3.500 gr. — Bi-pariétal, 9.5. Mère guérie.

Ces trois observations de Zweifel nous semblent du plus haut intérêt, et sans vouloir nous passionner outre mesure pour cette manière de faire, il y a certainement quelque chose qui doit faire réfléchir.

Dans les cas de non engagement de la partie fœtale, la rigidité du col joue un rôle le plus souvent secondaire. Le col ne se dilate pas tout simplement parce qu'il y a un obstacle d'un autre genre; nous voulons parler du rétrécissement du bassin. Tant que ce dernier subsiste, la partie fœtale reste élevée et le segment inférieur non distendu. Que l'obstacle soit levé, la partie fœtale distendra le segment inférieur et la dilatation du

col suivra son cours régulier. Ce raisonnement nous semble absolument logique et nous comprenons que des opérateurs habiles et d'une grande autorité, aient eu la pensée de faire la symphyséotomie pour remédier à la rigidité du col et à la lenteur du travail. Mais ce sont là des cas absolument exceptionnels, et nous ne pouvons faire autrement que conclure :

1. — Que l'agrandissement du bassin par la symphyséotomie est incontestable.

2. — Que maintenue dans des *limites utiles* (6 cent. Pinard), (5 cent. $1/2$ Tarnier), l'écartement des os du pubis donne un agrandissement de 13 à 15 mm. du diamètre antéro-postérieur.

3. — Qu'en même temps l'écartement des os du pubis agrandit le transverse et les obliques (Fochier).

4. — Qu'il est impossible aujourd'hui de considérer la symphyséotomie comme une opération d'urgence. La symphéysotomie demandant une expérience chirurgicale et obstétricale qui n'est pas à la portée de tous les médecins, sans parler de l'outillage et des conditions d'asepsie, qui ne sont pas réalisables partout et à toute heure.

5. — Que la consolidation du bassin après la symphyséotomie n'est pas observée d'une façon constante (Exemple l'obs. de M. Maygrier).

6. — Que si la symphyséotomie antiseptique, raisonnée, calculée et bien conduite n'expose en rien la mère (Varnier), les quelques observations

publiées jusqu'à ce jour (Tellier, Porak, Pinard, Lusk), montrent que la symphyséotomie expose encore assez l'existence des mères (Mortalité 10.74 0/0).

7. — Que la symphyséotomie ne sauvegarde pas d'une façon absolue la vie de l'enfant. (Mortalité, 24,66 0/0).

8. — Que le forceps doit suffire dans les bassins de 11, à moins d'un développement par trop exagéré, ou une ossification trop complète de la tête.

9. — Qu'au-dessous de 11, on pourra, dans certains cas de non engagement de la partie fœtale, faire la version avec succès (Budin, Bar, Garrigues Nagel).

10. — Qu'au-dessous de 10, il est bon de renoncer aux anciennes méthodes, et de pratiquer la symphyséotomie.

11. — Qu'avec les professeurs Morizani, Tarnier, nous croyons que cette opération ne devra pas être employée lorsque le diamètre promonto sous-pubien mesurera moins de 8 centimètres.

12. — Qu'au dessous de ce chiffre, l'opération césarienne garde ses droits.

13. — Que la symphyséotomie une fois décidée on devra mettre à profit les connaissances qui découlent des recherches de M. Fochier ; voir l'orientation de la tête et sa déflexion ; et qu'après avoir entraîné la tête dans cette direction, il sera bon de resserrer les os du pubis avant le dégagement de la tête (Varnier).

14. — Que dans quelques cas où l'excavation est partiellement occupée par une tumeur de moyenne grosseur, la symphyséotomie pourra être encore utilisée avec succès (Lepage, Rein).

15. — Que dans certains cas de travail trop prolongé, avec contractures violentes, continues de l'utérus, qui même à un certain moment peuvent menacer son intégrité, la symphyséotomie pratiquée à temps peut faciliter l'amorce de la tête, et par la suite la dilatation du col (Zweifel, n^{os} 8, 9, 10, 12 de sa statistique, citée au Congrès de Breslau, mai 1893).

Nous soumettons ci-dessous aux lecteurs la statistique de la symphyséotomie antiseptique, depuis le 11 mars 1887 (premier numéro de la dernière statistique italienne de Morisani, janvier 1893) jusqu'à ce jour.

A ce propos, M. le professeur Varnier (De l'utilité des statistiques en général et des statistiques intégrales en particulier, *Annal. de gynéc. et d'obstétrique* d'avril 1893, p. 393 et suivantes), écrivait au mois d'avril dernier, à propos des statistiques de la version, une chose très juste en général pour toutes les opérations, et en particulier pour la symphyséotomie :

« Il y a, c'est l'évidence même, un intérêt de premier ordre à ne tenir compte dans (une) discussion qui commence que des statistiques intégrales, portant sur un grand nombre de cas. » Et considérant les séries parfois heureuses que chacun est tenté de présenter comme une loi générale,

« Ne vaudrait-il pas mieux convenir, ajoute-t-il, que les statistiques microscopiques ne prouvent rien.

« Mais, dira-t-on, les statistiques en général ne prouvent rien non plus, Vous considérez les cas en bloc ; il faut considérer chaque cas en particulier.

« Eh ! le bloc a du bon dans l'espèce.

« Quand les cliniciens rompus à la pratique pourront démontrer que la distinction savante de chaque cas particulier les met à l'abri des échecs dus aux inconnues (de toute opération), il restera encore à prouver qu'une méthode qui exige tant d'études et de perspicacité est à la portée du praticien, puisque le praticien est un argument. » Ce qui est bien le cas pour la symphyséotomie considérée par certains symphysiens comme opération d'urgence.

M. le professeur Varnier termine en disant :

« Mais convenez que nous sommes loin de cet âge d'or.

« D'ici là, tenons-nous-en au bloc. »

Nous rangeant absolument à cette manière de voir, nous réunissons ici tous les cas de symphyséotomie antiseptique qu'il nous a été donné de connaître jusqu'à ce jour, et qui se répartissent ainsi :

CAS. ANCIENS. — Statistique italienne de Morisani (janvier 1893, comprenant les cas italiens seulement). 42

Tableau du bilan de la symphyséotomie de M. Varnier. 68

14 cas cités comme incomplets par M. Varnier. 14

A reporter. . . . 124 124

Report 124 124

CAS RÉCENTS (non cités). — Nous avons formé un tableau de ces vingt-cinq cas récents avec les indications les plus complètes possible; plus loin se trouvent in extenso les observations qui, par leur nouveauté, ou leur intérêt nous ont paru dignes de remarque.

11 nouveaux cas personnels du professeur Zweifel, cités au congrès de Breslau (mai 1893) 11

4 nouveaux cas américains du tableau de Harris, rapportés par le docteur Charpentier 4

4 nouveaux cas italiens inédits; communication particulière du professeur Morisani. 4

1 cas de M. le docteur Guéniot (sa 3^e symphyséotomie) 1

1 cas russe inédit (lettre particulière du professeur Reïn) 1

1 cas allemand. Baüm 1

1 cas de M. Pinard 1

1 cas de M. Porak 1

1 cas de M. Ecstein 1

25 25

Total 149

Sur 149 cas de symphyséotomie antiseptique

nous trouvons (voir plus loin tableau nécrologique des mères et tableau nécrologique des enfants) comme cas de morts :

Mères	15
Enfants.....	37

(Cas dans lesquels la mère et l'enfant sont morts tous les deux : *Dix*).

Ces chiffres se passent de commentaires et établissent sur la statistique intégrale une mortalité de :

10.742 0/0 pour les mères.
24.832 0/0 pour les enfants.

On nous a fait observer que nous n'avions pas besoin de remonter à 1887 pour établir notre statistique ; que l'intérêt de la question porte surtout sur la période écoulée depuis le 4 février 1892, jour où la symphyséotomie a repris son essor, affranchie par M. le professeur Pinard d'un siècle de discrédit. Pour avoir ces chiffres il nous suffit de retrancher les 36 premiers numéros de la statistique italienne du professeur Morisani, ainsi répartis :

149 cas,	16 mèm. déc.,	37 enf. morts.
36 —	2 —	5 —
Ce qui donne 113	14	32

ou en d'autres termes une mortalité supérieure à la première, soit :

12.30 0/0 pour les mères.

28.31 0/0 pour les enfants.

TABLEAU
DES CAS RÉCENTS
DE
SYMPHYSEOTOMIE

N ^o d'ordre	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin diamètre prom. sous- pub. (ou) C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
1	1 ^{er} sep 92	Pasquali à Rome.	Inédite Morisani.	—	—	—	—	—	—
2	17/10 92	San Grego à Milan.	Inéd. Comm. du prof. Mo- risani.	25	Ipare.	A terme	Plat rachit. total. rétr. 93.	OST incl. s. par. post	48 heures. Rupt. précoce des membr.
3	13/11 92	Zweifel (2) à Leipzig.	Congr. de Soc. Allem. Gyn.	—	—	—	Plat génér. rétréci. 85.	Sommet.	10 heures.
4	27/11 92	Baum à Oppeln.	C. für Gyn. 14 Av. 94 p. 301	24	Ipare.	A terme	Bass. génér. rétr. de 10.5	OIT	En travail depuis 3 jours.
5	7/12 92	Zweifel (3) à Leipzig.	Loc. cit.	—	IIIpare	—	Aplati, gén. rétréci. 85.	Sommet.	En travail depuis 15 heures.
6	22/1 93	Morisani à Naples.	Inédite. Com. directe	28	IIpare.	—	Bass. rachit. de 85.	OST	En travail depuis 12 heures.
7	28/1	Zweifel (4) à Leipzig.	Loc. cit.	—	—	—	—	—	10 h. de travail Utérus tétanisé menace de rupture
8	21/2	Rein de Kiev.	Inédite.	27	IIIpare	A terme	Rétr. asym. de 7 c. (tum.)	OIGA	—
9	1/3	Kreider à Springfield.	T de Har. par Dr. Charpen- tier.	26	Ipare.	—	Bass. rétr. de 91. Tête vol.	Som. net.	En travail depuis 16 heures.
10	8/3	P. Davis de Philadelphie	Tab. de Harris. N. Ar. d'Ob. et Gyn. Mai 93	39	IVpare	—	Bass. rach. symphyse épaisse de 75 m. Dia. pr. s.-p. 100.	—	20 heures avan- son entrée à l'hô- pital.
11	18/3	Guéniot à Paris (3).	Cong. Obs. de France, av. 93	24	IIIpare	—	Bassin rég. rétr. de 90.	Proc. br. dr. rétro- puls: OI DP	Poche des eau romp. prém. 29 h Forceps inutile.
12	22/3	A. Broomell à Philadelphie	Tab. Harris.	25	IIpare.	—	Bassin rétr.	Sommet	En trav. dep. 50 h Ecoult. amniot.
13		Zweifel (5) à Leipzig.	An. de Gyn. de juin 93.	—	Vpare.	—	Bassin rétr. de pr. s.-p. 92, environ.	Sommet.	13 h. Liq. amn. vert. Tête fixée no engagée. Contrac- tions viol.
14		Zweifel (6) à Leipzig.	Loc. cit.	—	IIIpare	—	Diam. pr. s.-p. 100.	Tête en ob. de Nœgele	6 h. Enf. très gro Tête non eng. Con- tract. viol. et fréq Liq. amniot. vert Cœur faible.

Nature de la section pubienne	Mode de terminaison	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant et résultat final	Poids de l'enfant	Diamètre B. P.	OBSERVATIONS
		Guérie.	Vivant.			Détails et particularités inconnus.
Comp.	Inc. du col. Ex. p. F.rc.	Guérie le 22 ^e jour.	Vivant.	3k350	95	Section de la symph. avec le bistouri courbe de Galbiati.
Symph.	F. au d. sup. et ex. a. F.N.	Guérie.	Vivant.	3.200	90	2 ^e cas de sa statistique personnelle.
Symph. éc. de 15.	A l'acc. éc. de 40 env.	Guérie.	Vivant.	3.200		
Symph.	Forc. au dét. supérieur.	Guérie.	Vivant.	3.500	90	
Symph. d'emb.	Ex. par forc. Tarnier.	Guérie le 15 ^e jour.	Vivant.	3.050	88	La même qui avait subi l'opér. déjà le 20 nov. 91, voir n° 33 de la précédente statistique de Morisani (Janvier 93).
Symph. d'emb.	Forc. au dét. supérieur.	Guérie.	Vivant.	3.700	100	
Symph. d'emb.	—	Guérie.	Vivant.	3.000		
Symph. d'urg.	Forceps.	Morte le 12 ^e jour.	Mort-né Garçon.	3.628	?	Pas d'antisepsie préalable. Péritonite septique.
Symph.	Forceps.	Morte le 4 ^e jour.	Vivante Fille.	3.515	90	Double pneumonie <i>a frigore</i> chez une alcoolique.
Symph. éc. de 55. 4 h. d'at.	For. Tarnier avec écart de 60 à 69.	Guérie.	Mort-né.	2.200	80	Rupture du cordon ombilic. au ras de l'ombilic. Hémorragie-méningée reconn. à autopsie.
Symph.	Forceps.	Vivante.	Mort-né Fille.	3.628	100	
Symph.	Expulsion.	Guérie.	Vivant.	3.800	97	Après la symph. on laissa la tête s'engager seule.
Symph.	Forc. sur tête engag.	Guérie.	Vivant.	3.840	95	

N ^o d'ordre	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous- pub. ou C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
13	—	Zweifel (7) à Leipzig.	Loc. cit.	—	IVpare	à terme.	Diam. pr. s.-p. 95.	—	36 h. Col dilaté
16	—	Zweifel (8) à Leipzig.	Loc. cit.	—	Ipare	—	Bas. rach. de pr. s.-p. 95.	Tête en ob. de Nag.	24 h. Poche rom. prémat. Col rigide
17	—	Zweifel (9) à Leipzig.	Loc. cit.	—	—	—	—	—	17 h. Tête élevée col non dilaté.
18	23/3	Zweifel (10) à Leipzig.	Loc. cit.	43	Ipare	—	Bassin plat général. rétr. Diamèt. pr. s.-p. 97.	—	26 h. 1/2. Tête non engagée.
19	24/3	Clifton Edg. à New York	Tab. Harris. N ^o 16	24	Ipare	—	Bas. apl. de pr. s.-p. 97	OIGA	2 jours.
20	27/3	V. Lauro, à Naples.	Inéd. com. par profes. Morisani.	27	IIpare	—	Bas. plat. de pr. s.-p. 102.	Epaule gauche en 2 ^e posit.	En travail depuis 9 h. Tent. de ver- céph. restée inutil.
21	18/4	Pinard, à Paris.	Ann. de Gyn. Juin 93.	31	Vpare	—	P. s.-p. 104 environ.	OIGT	3 j. de trav. Dispro- (Bosse sero-sang)
22	24/4	Zweifel (11) à Leipzig.	Ann. de Gyn. Juin 93, p. 578, note 1.	—	Ipare	—	Diam. pr. s.-p. 105.	—	24 h. Trav. pér. Tête très grosse.
23	26/4	Porak, à Paris.	Comm. partic. inédite.	36	IIpare	—	Diam. pr. s.-p. 104. Bas. symétr. aplatis.	Sommet.	51 h. depuis départ du travail
24	27/4	Zweifel (12) à Leipzig.	Loc. cit.	29	IIpare	—	Diam. pr. s.-p. 105. Bas. gén. et rég. rétréci.	OIGT	18 h. Tête non en- gagée. Forc. infru- (Utérus et vagi- biloc.) Menace de rupture utérine. Travail lent.
25	9/4 93	Ecstein. à Teplitz.	Cent. für Gyn. Mai 1893.	40	IIpare	—	Bass. gé- nér. rétréci de 505.	Sommet.	—

Nature de la section pubienne	Mode de terminaison	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant et résultat final	Poids de l'enfant	Diamètre B. p.	OBSERVATIONS
Symp.	Exp. spont. 3 h. après	—	Vivant.	3k400	95	
Symp.	Acc. spont. 10 h. 1/2 pl. t ^d	Guérie.	Vivant.	3.200	90	
Symp. Dilat. imméd.	Forc. de Noeg. cœur fœt. faiblissant.	Guérie.	Vivant.	3.300	90	Forceps sur le plancher (à la vulve).
Symp. engagement imméd.	Incision du col et forceps cœur fai-	Guérie.	Enf. venu en état de mort app.; ranimé Vivant.	3.500	95	Le cœur de l'enfant faiblissait à cause d'un circulaire du cordon, de là l'intervention finale pour précipiter l'accouchement.
Symp.	Version	Guérie.	Vivant. (Garçon.)	3.175	90	
Symp. suivie de vers. spont. Rétroversion	Expulsion.	Guérie et sort le 15 ^e jour.	Vivant.	3.780		Hémorrhagie d'une varice des veines prépubiennes arrêtée par une ligature en masse.
Symp. écart im. de 35	Extraction avec écart de 55 m/m	Morte au 10 ^e jour	Vivant. (Garçon.)	3.700	93	Extraction du fœtus au milieu d'une purée verte infecte. Mère morte de septicémie pure (Autopsie p. Farabeuf).
Symp.	Forceps.	Guérie au bout d'un mois.	Mort-né (?)	3.550		Circonférence de tête S. Oc. Fr. 335. Cordon très court. 53 cent. formait circulaire serré autour du cou. <i>Déchirure vaginale</i> .
Symp. écart imm. de 15 m/m.	2 Forceps de Poulet; au dét. sup. et pour l'extraction nouvelle appl.	Guérie le 29 ^e jour.	Venu en état de mort app.; Ranimé facilement.	3.770	96	L'enfant fait quelques inspirations et meurt malgré les soins donnés au bout de 24 heures.
Symp.	Forc. sur tête engagée 3 h. pl. tard.	Guérie.	Vivant.	?	?	L'enfant avait encore un circulaire du cordon. Demi asphyxié il fut vite ranimé. Etais de grosseur moyenne. <i>Déchirure vaginale communiq.</i> avec <i>plaie opératoire</i> .
Symp. 4 cent. d'écart.	Forceps.	Morte.	Vivant.	2.700	95	Autopsie. Dégénérescence du cœur.

N ^{os} d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous-pub. (ou) C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
1	10 ^m	20/10 88	Olivieri, à Naples.	Ann. di Ostetricia et Ginecol. Gennaio, 1893	22 ans.	—	—	Bass. rach., asymétrie, c. diagn., 85 m/m.	Vertex incliné.	96 heures. Forceps.
2	23 ^m	12/9 90	Martino, à Naples.	Statistica del prof. Morisani.	24	Ipare.	A terme.	82 m/m.	—	Procidence de cordon.
3	62 ^v	12/7 92	Tellier, à Lyon.	Ann. de Gynecol. et d'Obstétrique, tome XXXIX. Av. 1893. Bilan de la Symphyséotomie. Varnier.	27	Ipare.	A terme	107 m/m.	OIGA.	Disproportion
4	16 ^v	24/7 92	Ribémont, Beaujon, à Paris.	Loc. citato.	30	IVpare.	A terme	102 m/m.	OIDT.	3 jours. Forceps. État mauv. Femme infectée.
5	21 ^v	4/9 92	Törngren, à Helsingfors	Centralb. für Gyn., no 49, 1892.	40	IXpare.	A terme	102 m/m.	OIDT.	Dilat. compl. Tête grosse dure. Pas d'engagement.
6	36 ^v	21/10 92	Porak. Lariboisière, à Paris.	Bullet. de la Soc. obst. et gynéc. 10 nov. 92.	41	IVpare	A terme	97 m/m, puis, rectifié à l'autopsie, mes. 90 m/m.	OID.	4 jours. Poches romp. dep. 37 forceps. T. 39° Cœur fét. bon.
7	40 ^v	6/11 92	Beugnie, à Givet.	Bilan de la Symphys., de H. Varnier. Ann. de Gynec. et d'Ost. Av. 1893.	22	Ipare.	A terme	Pr. s-pub., 70 m/m environ.	OIG.	48 h. Enfant mort de veille. Forceps. Craniotomie.
8	45 ^v	28/11 92	Ribémont. Beaujon,	Loc. cit.	36	VIpare.	A terme	Pr. s-pub., 90 m/m.	OIDT.	Forceps infructueux

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	Cause de la mort	Poids de l'enfant	Diamètre P. B.	Résultat pour l'enfant	OBSERVATIONS
—	—	Forceps.	—	Mort.	Septicémie.	—	—	—	La femme est morte de septicémie.
—	—	—	—	Mort.	Méto-péritonite.	—	—	Mort.	
Symph. d'embl. complétée par déchir.	45 ^{m/m}	Forceps Levret. Extraction oblique.	100 ^{m/m} ou plus.	Mort. 2 h. après	—	4k250	108	Vivant.	
Symph. compl.	25	Forceps.	40	Mort.	Infection.	3.900	104	Mort.	
Symph. d'emblée compl.	45	Forceps Tarnier. Extraction facile.	Non indiqu.	Mort 2 j. après	Paralys. cardiaque. Cœur gras, hyp. à droite. Néphr. chr.	3.400	95	Vivant.	
Symphyséo.	10	Forceps. Extr. facile.	40	Mort 24 h. après	Fausse membrane dans cul-de-sac de Douglas; déch. du p ^{mo} .	3.350	88	Mort-né.	Orifice de quelques millimètres à la face interne et plissée du col.
Symph. Forceps en place	?	Forceps. Extr. facile.	?	Mort 15 j. après	Septicémie.	4.250	—	Mort avant l'opération.	Symphyséotomie prat. au lieu et pl. de la céphalotripsie indiqu.
Symph. complète.	45	Forceps.	45	Mort 12 j. après	Pneumonie à pneumocoques.	2.900	90	Mort 17 jours même cause	

N ^{os} d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous-pub. (ou) C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
9	64 ^v	11/12 92	Porak, Lariboisière, à Paris.	Thèse Gottchaux. Append. du 20 mars 1893, p. 231.	19 ans 1/2	Ipore	A terme	92 m/m.	OID.	Disprop. 2 app. de forc. Poulet en oblique
10	48 ^v	15/12 92	Schwartz, à Fünf-kirchen.	Centralb. f. Gynéc., n° 5, 1893.	22	Ipore.	A terme	85 m/m.	Épaule.	Poche romp. Utérus tétanisé. Vain efforts de version. Enf. viv.
11	9 h	8/1 93	Lusk, à New-York.	Améric. J. of méd. sc. Avril 1893, p. 441, et nov. Stat. de Robert Harris dans Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc. Mai 1893, p. 202-205.	27	Ipore.	A terme	115 m/m environ.	Front. Tête forte.	22 h.; tentative de version et de forceps Fem. épuisée. poulx à 150°.
12	13 h	—	Maigrier.	Prog. méd. du 5 av. 93.	—	—	—	Rétr. consid. pr. tumeur dure élastique.	Sommet.	24 h. de travail, poche rompue.
13	13 h	1/3 93	Georges Th. Kreider, à Springfield (Illinois).	Tabl. de Robert Harris, comm. par le Dr Charpentier.	26	Ipore.	A terme	91 m/m	Sommet.	16 heures.
14	14 h	8/3 93	Ed. P. Davis, à Philadelphie.	Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. Mai 1893, p. 202 et suiv.	39	IVpare.	A terme	Pr. pubien (CV) 85 m/m. Symph. ép. de 75 m/m	Sommet.	20 h. Refroidissement exallant à l'hôpital; pluie.
15		18/4 93	Pinard.	Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique de Juin 1893.	31	Vpare.	—	Pr. s-p. 104 environ.	Sommet OIGT.	Disp. et trav. dep. 3 jours Bosse séro sanguine.
16		9/4 93	Ecstein.	Cent. für Gyn. Mai 93.	40	IIpare.	A terme	Bass. génér. rétréci. 105	Sommet.	Travail lent.

(^m) Statistique de Morisani. Janvier 1893. — *Annali di Ginecologia*. Gemaio, 1893.

(^v) Statistique de Varnier. Avril 1893. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Avril 1893.

(^h) Statistique de Harris (Charpentier. Juin 1893. — *Nouv. Arch. de Gynéc. et d'Obst.* Juin 1893.

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	Cause de la mort	Poids de l'enfant	Diamètre P. B.	Résultat pour l'enfant	OBSERVATIONS
Symph. complète.	20 ^{m/m} environ.	Forceps en oblique. Extraction pénible.	72 ^{m/m}	Mort 5 j. après.	Pas d'autopsie.	3.350	88	Mort au bout de 5 heures.	Certaines parties du vagin et de la vulve céphalées.
Symph. avec la scie.	30	Version très difficile.	50	Mort 8 j. après.	Péritonite due au sciage de la symph.	3.000	—	Mort-né.	
Symphyséotomie.	Non indiq.	Forceps apr. version céphalique.	Non indiq.	Mort en 12 h.	Pas d'autopsie. Rupt. probable de l'utérus et de la vessie.	4.082 Garçon.	105	Mort 17 h. après. Lésions du crâne par forceps.	Le pér. était déch. jusqu. rect. Le col et le vag. largement déch. en av. Op. faite à minuit.
Symph. compl. et forc. inutiles.	Non indiq.	Basiotripsie. Écart. de 50 ^{m/m} à l'extraction Forceps.	60 à l'essai d'ext. Non indiq.	Mort le 21 ^e jour.	Embolie apr. phlébite	—	—	Mort de basiotripsie.	Déch. du vag. du côté droit av. basiotripsie. Mère m. d'embolie apr. phlébite de la jambe gauche. Tum. fibrome du périoste der. le trou obturateur gauche. Pas de réunion de la symphyse.
Symphyséotomie.	Non indiq.	Forceps.	Non indiq.	Mort le 4 ^e jour.	Péritonite septique, indép. de l'opération.	3.628 Garçon.	?	Mort-né.	
Symph. compl. d'emblée.	35	Extraction.	55	Mort le 10 ^e jour.	Pneumonie double a frigore chez sujet alcoolique. Septicémie pure.	3.515 Fille.	90	Vivante.	
Symph.	—	Forceps.	40	Mort.	Dégénéresc. du cœur.	3.700 Garçon.	93	Vivant.	L'ext. du fœt. s'est faite au mil. d'une pur. v. inf. Aut. : cloaque rét.-pub. com. av. partie inf. de la plaie opératoire, remplie de déb. de caillots.

N ^o d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin diamètre prom. sous-pub. (ou) C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
1	19 ^m	28/3 90	Morisani, à Naples.	Ann. di Ostetricia. Gennaio 93.	19	Ipare.	A terme	Bassin rachitique. Pr. s-p. 88 ^m /m.	OST.	Membranes rompues depuis 24 h
2	23 ^m	12/9 90	Martino, à Naples.	Loc. cit.	24	Ipare.	A terme	Pr. s-p. 82 ^m /m.	OS.	Procidence du cordon ombilical.
3	27 ^m	9/6 91	Caruso, à Naples.	Loc. cit.	24	IIpare.	A terme	Bassin rach. Pr. s-p. 85.	OS.	84 heures.
4	30 ^m	16/9 91	Morisani, à Naples.	Loc. cit.	20	Ipare.	A terme	Pr. s-p. 82 ^m /m.	OST.	—
5	36 ^m	13/1 92	Novi, à Naples.	Loc. cit.	—	—	A terme	Bassin rach. Pr. s-p. 85 ^m /m.	—	Arrive en travail.
6	1 ^v	4/2 92	Pinard, à Paris.	Soc. obst. 22/4 92	32	IIpare.	A terme	Pr. s-p. 97 ^m /m.	Siège.	En travail; dilat. complète.
7	5 ^v	3/5 92	Varnier, à Paris.	Ann. Gynec. Déc. 92, p. 438.	36	IVpare.	Avant terme.	Pr. s-p. 98 ^m /m.	OIGT.	Acc. prématuré artificiel.
8	6 ^v	15/5 92	Duchamp, à St-Etienne.	Loire médicale, 150 oct. 1892.	23	Ipare.	A terme	Pr. s-p. 75 ^m /m.	Sommet.	Trav. lent; basion de Champ tier de Ribe Tract. forte de force au de troit supérieur.
9	16 ^v	24/7 92	Ribémont, à Paris.	Ann. Gyn. Avril 1893.	30	IVpare.	A terme	Pr. s-p. 102 ^m /m.	OIDT.	Travail depuis 3 jours. Forceps en ville. Etat général mauvais, fœtus infecté.
10	19 ^v	4/8 92	Harajewicz, à Cracovie.	Id.	25	IIpare.	A terme	Pr. s-p. 95 ^m /m.	OIGT.	Dilat. complète et pas d'engagement.

(^m) Statistique du Prof. Morisani, de janvier 1893.

(^v) Statistique du Bilan de la Symphyséotomie de M. Varnier.

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant	Poids de l'enfant	Diamètre B. P.	Époque de mort et sa cause	OBSERVATIONS
—	—	Version podalique.	—	Guérie.	Mort appar.; fut ranimé.	3k250	95 ^{m/m}	Mort au bout de 12 h.	Fracture du bras droit pendant l'extraction.
—	—	Forceps.	—	Morte.	Mort.	—	—	—	
Section compl.	—	Forceps.	—	Guérie le 20 ^e jour.	Mort.	4.200	91	—	
—	—	—	—	Guérie.	Né vivant	—	—	Mort peu ap.: vice de conform.	
—	—	Forceps.	—	Guérie.	Mort.	—	—	Mort av. l'opération.	
Section incomp.	10 ^{m/m} .	Extraction p. les pieds.	?	Guérie 21 ^e jour.	Mort app.; ranimé.	3.350	98	Mort 3 ^e jour.	Fracture du pariétal postérieur. Symphyséotomie incomplète.
Section compl.	30 ^{m/m} .	Forceps. Extr. facile.	40 ^{m/m}	Guérie 26 ^e jour.	Mort app.; ranimé.	2.130	82	Mort 3 ^e jour. Faiblesse congénitale.	
Section compl. Forceps en place.	60 ^{m/m} .	Extr. facile.	...	—	Mort app.; ranimé.	...	105	Mort 35 h. ap. Dépression frontale.	Mort attribuée aux fortes tractions du forceps sur le frontal droit.
Section compl.	25 ^{m/m} .	Forceps.	40	Morte d'infection	Mort app.; non ranimé.	3.900	104	Mort. Hé-morrh. méningée.	Compression de la tête en ville. Marque du forceps au menton. Luxation de Schröder.
Section incomp. volont.	15 ^{m/m} .	Forc. Breuss. Symphyse complétée avec bruit pendant l'extraction.	65	Guérie 26 ^e jour.	Mort app.; ranimé.	3.100	85	Mort au bout de 4 heures.	Suivant conseil de Léopold, la section n'avait porté que sur les 2/3 de la symphyse. Mort attribuée aux tractions du forceps avant la séparation complète des pubis.

N ^{os} d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous-pub. ou C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres
11	20 ^v	30/8 92	Pantaloni, à Marseille.	Ann. Gyn. Fév. 93	24	Ipare	A terme	Promontoire saillant.	Epaule	Prés. d'épaule. Enfant rec. nu mort. L. pos. de p. ser la ma
12	23 ^v	27/9 92	Zweifel, à Leipzig.	Centr. für Gyn. Fév. 93	37	IXpare	—	P.s-p. 100 ^m /m	OIGT	Fem ^{me} déci à l'opér. cé rienne. D. proport. c taine. Bru du cœur faiblis.
13	25 ^v	29/9 92	Rémy, à Nancy.	Ann. Gyn. Avril 93	28	Ipare	—	P.s-p. 85 ^m /m environ	OID	Dilatateur T nier et force sans résul
14	9 ^h	30/9 92	Ch. Jewett, à Brooklyn.	New-York, J. of Gynéc. Nov. 82. p. 1079-83	22	Ipare	—	Rétrécis. du détroit infé rieur.	Sommet	Travail dep 21 h. Force en vain.
15	33 ^v	8/10 92	F. Schwartz, à Fünfkirchen	Centr. für Gyn. n° 5, 93	22	IIIpare	S.	P.s-p. 10 ^m /m	—	Forceps va Version e nouv. force sur tête der Deux repri inutiles. Déc lation. Nou échec de f cepts. Hém rhag. Eclam sie. T. 39°, 6
16	36 ^v	21/10 92	Porak, à Paris.	Soc. Obst. et Gynéc. 10 nov. 92	41	IVpare	A terme	P.s-p. 97 ^m /m	OID	4 j. de trav poche romp 3 ^e j. — 3 ap de forceps ville, 4 à l'hô T. 39°. Cœur fœt. bo
17	4 ^h	25/10 92	J. Edwin-Michael, de Baltimore	Maryland, médic. J. 31 janv. 93	17	Ipare	—	négresse ra-chitique, bass. rétréc. inférieur.	OIGA	24 h. de tra

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant	Poids de l'enfant	Diamètre P. B.	Époque de mort et sa cause	OBSERVATIONS
Section compl. d'emblée.	50	Version facile	non indiq.	Guérie 21 ^e jour.	Mort pend. le travail.	2k950	95		Symph. pour faciliter la version.
Sec. vol. incom.	35	Forceps; échec. Sect. complétée. Ext. pénible.	70	Guérie 21 ^e jour.	Mort appar.; ranimé. Asphyxie prof.	3.500	80	Mort le 4 ^e jr. Pneumonie.	
Symph. compl.	2 trav. de doigt.	Forceps. Orifice utérin résistant.	non mesurée.	Guérie ap. longue conv.	Mort appar.; ranimé.	2.980	87	Mort 20 h. ap. Résist. du col utérin.	
Symph.	—	Manuelle assez facile.	25	Guérie	Mort appar.; ranimé.	3.629 garç.	90	Mort au bout de 24 h.	Mort due à la compression du cerveau
Symph. comp.	30	Forc. Breuss. Extr. facile.	70	Guérie au bout de 6 semaines	Mort. avant l'opération.	3.400	100	Mort avant l'opération.	Indication fort discutable.
Section de la Symph.	10	Forceps. extrac. facile	40	Morte 24 h. après. Déchir. du périt., lésions du col.	Mort appar.; non ranimé.	3.350	88	Mort.	Symphys. après 7 forceps ???
Symph. incom.	1/2 pouce	Forceps extr. lente. Orifice imp. dilaté.	2p. 7/8	Guérie 12 ^e jour.	Mort appar.	3.807	100	Mort 3 ^e jour Hémor. mén.	Peut-être par la compression antérieure à l'accouc. (Michael) ?

N ^{os} d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous-pub. (ou) C. P.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
18	39 ^v	3/11 92	Queirel, à Marseille.	Ann. de Gyn. Fév. 93 p. 84.	42	Vpare	A terme	non-indiqué	Epaule	Enf. mort. Tentat. infruct. de version.
19	40 ^v	6/11 92	Beugnie, à Givet.	Ann. de Gyn. Avril 93.	22	Ipape	—	P. s-p. 70 ^{m/m} environ	OIG	48 h. de trav. Enf. mort veille (procedence du cordon). Forcep. Craniotom. e. nouv. forcep. infruct.
20	41 ^v	13/11 92	Potocki, à Paris. (Baudeléc.)	Ann. de Gyn. Déc. 92.	38	IIpape	—	P. s-p. 97 ^{m/m}	OIDT	Disproportion
21	42 ^v	16/11 92	Bouffe, à Paris. (Beaujon.)	(Loc. Cit.)	24	IIpape	—	Bassin obliq. ovalaire	OIGT	Disproportion
22	45 ^v	24/11 92	Ribemont, à Paris. (Beaujon.)	(Loc. Cit.)	36	VIpape	—	P. s-p. 90 ^{m/m}	OIDT	En travail; forc. infruct.
23	71 ^v	10/12 92	Koschkaroff, à Jaroslow.	Com. partic. du prof. Phénoménoff.	.	.	—	P. s-p. 80 ^{m/m}	Sommet	Fem. atteinte de scoliose de cyphose. Trav. lent P. d'engag.; tête élev et m. b.
24	63 ^v	11/12 92	Porak, à Paris.	Th. Gottchaux. Appendice 20/3 93	1942	Ipape	—	P. s-p. 92 ^{m/m}	OID	2 forc. Poule infructueux. (Oblique)
25	47 ^v	13/12	Budin, à Paris.	Soc. d'Obst. et Gyn. 9 fév. 93.	30	IIIpape	Avant terme.	P. s-p. 95 ^{m/m}	OIGT	Accouch. prématuré artificiel.

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant	Poids de l'enfant	Diamètre P. B.	Époque de mort et sa cause	OBSERVATIONS
Symp. compl.	60	Version et extraction.	non indiqu.	Guérie le 21 ^e jour.	Mort avant l'opération.	4.500	?	Mort avant l'opération.	Pourquoi pas l'embryotomie. Indication opératoire contestable.
Symp. le forceps en place	?	Extraction rapide par le forceps.	?	Morte le 15 ^e jour de septième	—	4.250	?	Mort avant l'opération terminale.	Symphyséotomie d'indication contestable.
Symp. d'emb. comp.	30	Forceps extraction pénible	57	Guérie le 22 ^e jour.	Mort appar.; ranimé.	3.300	95	Mort 15 h. après.	L'enfant avait une fracture du frontal gauche due au forceps.
Symp. comp. d'emb.	23	5 App. Forceps en vain. Basiotripsie.	75	Guérie	Mort	2.600 sans le c. r. v.	95	Bariotripsie.	Symphyséotomie par Dr Bouffe. — Basiotripsie par Dr Lepage en l'absence du Dr Ribemont
Symp. compl.	45	Forceps	45	Morte le 12 ^e jour de pneumon.	Vivant	2.900	90	Mort le 17 ^e jour de pneumonie	L'examen bactériologique du Dr Mosny a montré l'exist. de pneumocoques dans le poumon de la mère et de l'enfant.
Symp.	non indiqu.	Forceps; extraction facile.	non indiqu.	Guérie.	Mort appar.; ranimé.	?	?	Mort le 2 ^e jour.	Dans la statistique du prof. Varnier, une erreur d'impression avait fait marquer cet enfant comme vivant.
Symp. compl.	20 environ.	Forceps P. oblique, extrac. pén.	72	Morte le 5 ^e jour.	Mort appar.; ranimé.	non indiqu.	non indiqu.	Mort 25 h. après.	
Symp. d'emb.	non mesurée	Version et extraction pénible. Forceps tête dernière.	non mesurée.	Guérie le 22 ^e jour.	Vivant	2.850	93	Mort le 13 ^e jour. (Mère syphilitiq.)	La manœuvre de Morisseau n'ayant pas réussi. On dut recourir au forc. pour l'extraction de la tête dernière.

N ^o d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Age	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin Diamètre prom. sous-pub. (ou) C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
26	48 ^r	15/12 92	Schwartz, à Fünf-kirchen.	Cent. f. Gynéc., n ^o 5, 1893.	22	Ipore.	à terme.	Pr. s-p. 85 ^m / _m .	Épauule.	Poche romp. Utérus tétanisé. Vers. impas.; enfant vivant
27	50 ^r	25/12	Latzko, à Vienne.	Wien. K. S. Woch. Fév. 93, p. 127.	29	Ipore.	à terme.	Pr. s-p. 97 ^m / _m .	OIBT	Memb. romp depuis 7 h.; li- quide vert. — Dilatat. com- mune une paume de main.
28	55 ^r	15/1 93	Moussous à Bordeaux.	Ann. Gynéc. Avril 1893.	26	Ipore.	à terme.	Pr. s-p. 100 ^m / _m .	OIBT	Accouch. prém. prov. Forceps. Tarnier. 15 min. de trac- tion inutile.
29	9 ^b	9/2 93	W.T. Lusk, à New-York.	Améric. J. of Méd. science. Avril 1893, p. 441.	27	Ipore.	à terme.	Pr. s-p. 115 ^m / _m env.	Front.	Travail depuis 25 h. Vaines tentat. de ver- sion et deux fois de forc. Pouls à 150.
30	—	28/2	Budin, à Paris.	Progr. méd. 15 av. 1893.	—	Ipore.	à terme.	Pr. s-p. 90 ^m / _m .	OIDA.	Disproportion; travail lent. Rupt. artif. de- memb. Tête non engagée 5 h. 1/2 plus tard. Cœur fœ- tal ral. Mère indiffér Deux forc. en vain.
31	13 ^b	1/3 93	G.N. Kreider, à Sprigfield (Illinois)	Nouv. Arch. d'Ob. et Gyn. Mai 93, p. 204.	26	Ipore	à terme.	Pr. s-p. 91 ^m / _m	Sommet	Travail com- mencé depuis 16 heures.
32	67 ^r	10/3 93	Beltrami, à Marseille.	Ann. Gyn. et Obs. Avril 93.	34	Vpare	à terme.	Pr. s-p. 110 ^m / _m	OIGT	2 forceps in- fructueux au dét. sup. Dis- proportion

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant	Poids de l'enfant	Diamètre B. P.	Époque de mort et sa cause	OBSERVATIONS
Symph. à la scie.	30 ^{m/m}	Version très difficile	50 ^{m/m}	Morte 8 j. de péritonite.	Mort app.; non ranimé.	3k000	?	Mort pend. l'accouch.	
Symph. d'embl. compl.	50	Forceps. Extraction facile.	. . .	Guérie au bout de 3 sem.	Vivant; crie de suite	4.500	Non indiqué.	Mort subite le 3 ^e jour. Pariétal droit enfoncé profondément.	Hémorrhagie cérébrale probable chez l'enfant, comme cause de mort.
Symph. compl.	50	Forceps Tar. Extr. facile.	60	Guérie au bout d'un mois.	Mort après quelques inspirations.	3.320	100	Mort de fracture des deux pariétaux.	Fracture pendant les premières tractions.
Symph.	Non indiqué.	Forceps après version céphalique.	Non indiqué.	Morte 12 h. après en collapsus. Pas d'autopsie.	Mort appar. Ranimé, mais mal.	4.082 (garç.)	105	Mort 17 h. plus tard. (Fracture maxil. inf. par forceps.	Mère morte probablement de rupture de la vessie et de l'utérus.--L'enfant de lésions dues aux applications de forceps préal.
Symph. compl.	. . .	Forceps et extraction facile.	. . .	Guérie.	Mort appar. Ranimé au bout de 20 min.	3.000	. . .	Mort le 10 j ^r d'hémorrh. méningée.	
Symph.	non indiqu.	Forceps et extraction	non indiqu.	Morte 12 ^e jour. Péril. sep.	Mort-né.	3.628 (garç.)	?	Mort.	
Symph. comp. Dilatat. incomp.	20	Forceps Extraction facile après craquement.	60	Guérie le 14 ^e jour. Sortie le 15 ^e .	Mort appar.; ranimé.	3.500	102	Mort quelq. heur. pl. tard. (Forceps.)	

N ^o d'ordre	Statistiques antérieures	Date	Opérateur et localité	Indication de bibliographie	Âge	Nombre de grossesses	Époque de l'accouchement	Vices du bassin diamètre prom. sous-pub. ou C. D.	Présentation et position	Début du travail et manœuvres antérieures
33	—	13/393	Guéniot.	Ann. Gyn. et Obs. Avril 93.	24	IIpare	à terme.	Pr. s-p. 90 ^{m/m} Bassin régulièrement rétréci.	Procid. du bras droit. (rétropul.)	Poche des eaux rompue le 1 ^{er} . Début du travail le 22 mai. 29 h. après co-dilat., force avec traction efforts inut.
34	15 ^a	22/393	A. Broomall, Philadelphie.	Nouv. Arch. d'Obs. Mai 93.	25	IIpare	—	Négresse, bassin rétréci	—	Travail commencé depuis 50. Écoulem. anioniotique.
35	68 ^v	24/393	Potocki, à Paris	Ann. Gyn. et Obs. Avril 93.	24	IIIpare	—	Pr. s-p. 90 ^{m/m}	OID	Forces infructueuses
36	11 ^z	24/493	Zweifel, à Leipzig.	Ann. Gyn. et Obs. Juin 93.		Ipare	—	Pr. s-p. 105 ^{m/m}	Sommet	Travail lent, pénible, 24 h. tête grosse
37	—	25/493	Porak, à Paris.	(Inéd.)	36	IIpare	—	Bassin aplati. Pr. s-p. 104.	—	51 heures.

Nature de la section pubienne	Écart des pubis à la section	Mode de terminaison	Écart des pubis au passage.	Résultat pour la mère	État immédiat de l'enfant	Poids de l'enfant	Diamètre B. P.	Époque de mort et sa cause	OBSERVATIONS
Symp. 4 heures plus tard.	55 ^{m/m}	Forceps Tarnier.	60 à 63	Guérie.	Mort-né.	2k200	80	Mort.	Rupture du cordon ombilical. Hé-morrhagie ménin-gée constatée à l'autopsie.
Symp.	—	Extraction par Forceps.		Vivante.	Mort-né.	3 628 (fille)	100	Mort.	
Symp. compl.	55 ^{m/m}	Forceps Tarnier. Extraction facile.	60	Guérie.	Mort appar.; non ranimé	2.200 envir.	80	Mort-né.	Cordon rompu au ras de l'ombilic et hémorrhagie mén-ningée des fosses cérébelleuses.
Symph.	—	Forceps.		Guérie. (Déch.vag. com. avec plaie opé-ratoire.)	Mort après une inspiration	3.350	Circ. S.O.F. 335	Mort asph. par circul. d'un cordon court. 53 ^{m/m}	Fit une inspira-tion unique et ne put être ranimé malgré 2 heures de soins.
Symph.	15	2 forceps : Détr. supér. et sur le plancher.	—	Guérie.	Mort apparente. Ranimé.	3.770	96	Mort 24 h. après.	

Cas indiqués par M. Varnier, sans détails.

N° 1.

1 Cas de symphyséotomie pratiqué par le professeur Tarnier dans son service, pour rétrécissement du bassin, le 28 mai 1892. (Bull. de l'Académie de médecine de 1892, n° 26, p. 873.)

Agée de 30 ans, la malade est rachitique, et ses tibias sont très déformés ; elle est boiteuse depuis son enfance. Son bassin mesure 9 centimètres dans le diamètre promonto-sous-pubien, ce qui me fait évaluer le diamètre sacro-pubien à 7 centimètres et demi.

A une première grossesse, en 1881, l'accouchement fut terminé, à la Maternité, par une céphalotripsie pratiquée par M. Marchand, chirurgien-adjoint.

A une deuxième grossesse, l'accouchement fut terminé à la clinique, en 1882, par une céphalotripsie pratiquée par M. Charpentier.

A une troisième grossesse, l'accouchement fut terminé, en 1884, par une céphalotripsie pratiquée par M. Doléni.

A une quatrième grossesse, l'accouchement fut terminé en 1887 par une céphalotripsie pratiquée par M. Pinard.

En résumé, il y avait eu quatre accouchements antérieurs terminés par le broiement de la tête fœtale.

A sa cinquième grossesse, cette femme entra dans mon service le 23 mai dernier, enceinte de huit mois environ. Je décidai que je provoquerais sans retard l'accouchement prématuré, et que si la tête ne s'engageait pas spontanément dans l'excavation pelvienne, je pratiquerais la symphyséotomie.

Après avoir aseptisé le vagin pendant trois jours, je provoquai, le 25 mai, l'accouchement prématuré par l'introduction successive de mon ballon et de celui de M. Champrier de Ribes. Le mont de Vénus avait été rasé ; la vulve avait été savonnée et lavée antiseptiquement.

Le 27 mai, à dix heures du matin, la dilatation étant à peu près complète, je retirai le ballon de M. Champrier de Ribes ; les membranes furent rompues et, après leur rupture, la tête, qui se présentait en O I D, n'avait aucune tendance à s'engager. Je ne fis aucune tentative d'extraction fœtale, dans la crainte de nuire à la vie de l'enfant, et je pratiquai la symphyséotomie, qui fut très simple.

J'incisai les parties molles, de la partie supérieure du pubis au clitoris, par un coup de bistouri ordinaire. Puis, un bistouri boutonné fut placé immédiatement au dessus de l'interligne articulaire et dirigé d'avant en arrière et de haut en bas. L'index de la main gauche introduit dans le vagin et recourbé derrière la symphyse pubienne, alla à la rencontre de l'extrémité boutonnée de ce bistouri, pressa sur celle-ci, et cet instrument, ainsi tenu par les deux mains incisa la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant. Après l'incision, je plaçai entre les deux pubis l'écarteur en forme de lyre, que M. le docteur Tuffier a fait construire, et les deux branches de cet instrument furent écartées à leur maximum, de sorte que les deux

pubis étaient séparés par une distance de 57 millimètres.

Cela fait, la tête ne s'engageant pas, je fis une application de forceps qui fut très simple ; mais le col offrant une certaine résistance, je le débridai d'un coup de ciseaux. L'accouchement put alors être terminé très facilement. L'enfant pesait 2.230 grammes ; son diamètre bi-pariétal mesurait 9 centimètres.

Les os iliaques furent rapprochés ; cinq points de suture furent appliqués sur les lèvres de l'incision faite au devant des pubis, et le bassin fut immobilisé par un bandage en tarlatane et par une bande de caoutchouc qui furent remplacés le lendemain par l'appareil de M. Pinard.

Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut aucune suppuration, et jamais la température ne dépassa 37°8. Les points de suture furent enlevés le quatorzième jour, et la malade se leva le vingt-sixième jour.

Elle est aujourd'hui bien portante, ainsi que vous pouvez le voir ; elle marche aussi facilement que par le passé. Son enfant est bien portant et pèse 2.625 grammes.

C'est donc un succès de plus à enregistrer en faveur de la symphyséotomie.

N° 2.

1 *Cas de symphyséotomie du docteur Koskaroff, de Jaroslaw, cité sans détails par M. le professeur Varnier ; communication particulière du professeur Nic. Phénoménoff, de Kasan.*

Le 10 décembre se présente à Jaroslaw, dans le service du docteur Koskaroff une femme en douleurs d'enfante-

ment, et dont le bassin présente les mensurations suivantes :

S. p.....	27 centimètres.	Conj. ext..	16 centimètres.
Cr.	28 —	C. diag...	8 —
Tr.....	30 —	Sub-ischii.	11 —

Cette femme, en outre, est atteinte de cyphosis et de scoliosis. La tête, placée haut, est mobile. On pratique la symphyséotomie et une application de forceps amène un enfant déjà en état d'asphyxie ; *il meurt le lendemain* (1). Quant à la mère : exitus favorable.

(Cas exposé à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg le 17 décembre 1892.)

N° 3.

1 cas de Symphyséotomie par le docteur Porak à l'hôpital Lariboisière ; 26 avril 1893 (inédit).

Enfant, un garçon, de 3.770 grammes.

Longueur 41 c. Tête à l'ombilic 26.

Oc. fr. 12. 4.

Oc. m. 13. 1.

B. P. 8. 1.

Sous Oc. Breg. 10. 1.

Placenta 500 grammes.

Cordon 4 grammes.

(1) Le professeur Varnier dans son *Bilan de la Symphyséotomie* avait rapporté ce cas comme favorable à l'enfant. C'était sans doute une erreur typographique.

La malade a marché à 18 mois ; réglée à 13 ans ; règles abondantes et revenant de 3 semaines en 3 semaines, durée moyenne de 8 jours.

La malade aurait eu une pleurésie *a frigore* à 29 ans.

En 1889, fausse couche à $\frac{1}{4}$ mois $\frac{1}{2}$.

Les dernières règles sont venues au commencement de juillet 1892. A partir du 2^e mois de la grossesse jusqu'à la fin la malade a rendu des glaires abondantes après chaque repas, et surtout le matin.

Entrée dans le service le 23 avril ; à terme. Présentation en OIGT. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Col effacé de multipare (?). Pas de début de travail. Le bassin est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur qui mesure 10,4 de diamètre promonto-sous-pubien.

Début du travail le 24 avril à 2 heures de l'après-midi. Contractions faibles toutes les 20 minutes environ. Tête n'appuyant pas.

Le 25 avril à 10 heures du matin : tête non amorcée en OIGI, inclinée fortement sur le pariétal antérieur ; dilatation d'une petite paume de main. A 2 heures, on donne un grand bain d'une heure. Les contractions sont toujours très faibles.

A 5 heures du soir, la dilatation n'a pas augmentée. La tête est toujours au détroit supérieur. Bain à 10 heures du soir.

Le 26 avril à 1 heure du matin, il ne reste plus qu'un centimètre de col environ. Bain à 4 heures. A 7 heures, rupture spontanée des membranes ; liquide teinté du *méconium*. A partir de ce moment le travail semble presque complètement arrêté. L'enfant rend son méconium, mais les battements du cœur sont toujours bons. A 4 heures du soir on sent au pourtour du col un bourrelet œdémateux.

A 5 heures du soir le 26 avril (après 51 heures de travail) on se décide à une intervention.

Symphyséotomie sous le chloroforme. — On commence à 5 h. 1/4 l'incision en fer à cheval parallèle à l'arcade pubienne; la lèvre inférieure est abaissée. On place des pinces sur quelques vaisseaux, puis la symphyse pubienne est sectionnée de bas en haut avec un bistouri boutonné. Les cuisses maintenues fléchies sur le bassin, et rapprochant les os iliaques contenus par un aide, on obtient un écartement des pubis de 1 centimètre 1/2 environ. On applique le forceps de Poulet, en position directe par rapport à la tête, et on l'amène au détroit inférieur. On fait une seconde application et on extrait facilement un fœtus de 3.770 gr. à 5 h. 45 du soir.

L'enfant fait quelques inspirations, puis cesse de respirer; il est facilement ranimé.

Délivrance spontanée 20 minutes après.

On enlève les pinces placées sur les vaisseaux; il n'y a plus qu'un léger suintement qui cède à la compression. On suture la plaie au crin de Florence.

Pansement iodoformé. — On roule autour du bassin une bande de caoutchouc. Les jambes sont maintenues rapprochées par une bande de toile.

Femme de taille 1 m. 43.

Bassin symétrique de l'épine iliaque droite à la ligne médiane 15 millim., de l'épine iliaque gauche à la ligne médiane 15 millimètres.

Colonne vertébrale droite.

Entre les épines iliaques postérieures 10 cent., 5 à droite, 5 à gauche.

La malade, après avoir eu quelques vomissements et du ballonnement du ventre pendant les trois premiers jours

qui ont suivi l'opération et température maximum s'élevant jusqu'à 38° maximum vers le sixième jour, a toujours ensuite marché régulièrement vers la convalescence, et est sortie de l'hospice 29 jours après son opération :

Le 27 avril *au matin*, Temp. 37°2; Pouls 108.

Le *soir*, T., 37°; P. en diminution.

Pansement : ballonnement du ventre, vomissements, éructations.

Le 28, *matin*, T. 37°4; P. 80.

Le *soir*, T. 37°0; P. 92 (lavement).

Le ballonnement diminue, encore quelques vomissements et quelques éructations.

Le 29, *matin*, T. 36°8; P. 76.

Le *soir*, T. 36°8; P. 82.

Ballonnement presque disparu dès le matin, on commence à sentir la matrice à travers la paroi abdominale : elle remonte à un peu plus de 10 centimètres.

Le 30, *matin*, T. 37°; P. 88.

Le *soir*, T. 37°8; P. 80.

L'utérus est au même niveau.

Le 1^{er} mai *au matin*, T. 37°6; P. 80.

Soir, T. 37°8; P. 80.

Le 2 mai *au matin*, T. 37°8; P. 72.

Le *soir*, T. 38°; P. 88°.

Le 3 mai, *matin*, T. 37°; P. 72.

Soir, T. 34°; P. 88.

Le 4 mai, *matin*, T. 37°2; P. 86.

Soir, T. 36°8; P. 72.

Utérus encore à environ 10 centimètres au dessus de l'arcade pubienne.

A partir de ce jour, l'utérus diminue et reprend peu à peu sa place. La température oscille autour de 37°, et le

pouls, qui présente vers le seizième jour une élévation marquée jusqu'à 86 sans manifestation termique, se maintient généralement au-dessous de 76 jusqu'au jour de sortie de la malade.

Trois cas de symphyséotomie pour tumeur du bassin.

1^{re}. — D^r G. LEPAGE, chef de clinique obstétricale.

Observation de symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare; accouchement prématuré spontané avant 8 mois 1/2; impossibilité d'extraire le fœtus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou juxta-utérine descendant dans l'excavation. Enfant vivant. Mère guérie. Suites de couches physiologiques. Réveil d'une cystite ancienne.

J'ai l'honneur de présenter à la Société obstétricale de France une observation de symphyséotomie que je lui demande de rapporter avec quelques détails pour pouvoir en tirer plus facilement les conclusions :

Le 11 juillet 1892, M. X..., habitant Passy, me priait par lettre de donner mes soins à sa femme qui devait accoucher vers le 8 août; son médecin habituel le D^r L..., devant être absent à cette époque, l'avait engagé à me faire demander pour le suppléer.

Je vis madame X.,, pour la première fois le 13 juillet; elle se plaignait de douleurs vives dans le bas-ventre; ces douleurs qui avaient existé pendant toute la grossesse, s'étaient accrues depuis quelques jours.

Voici les renseignements que je pus obtenir sur les antécédents héréditaires et personnels de cette jeune femme de 27 ans : son père et sa mère sont bien portants ; elle a été nourrie au sein, a marché à 11 mois et n'a présenté aucune manifestation morbide importante, sauf une rougeole à l'âge de 8 ans.

La menstruation s'est établie à 14 ans, d'une façon normale ; l'écoulement sanguin survenait tous les 28 jours, sans douleur, et durait cinq à six jours.

Cette femme se marie à 23 ans : à partir de cette époque les règles ne viennent plus que toutes les cinq ou six semaines ; de temps en temps l'écoulement contient des caillots. Pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Une première grossesse a lieu en 1889 ; elle se passe bien, sans incident notable. Pas d'écoulement sanguin. L'accouchement a lieu à terme (?) ; le 16 novembre, le travail dure 40 heures. Le D^r O..., qui assiste cette femme, fait une application de forceps difficile et extrait une fille vivante, pesant 2 k. 842 le 22 novembre, et 3 k. 485 un mois après l'accouchement.

Notre regretté confrère, mort depuis cette époque, avait dû constater à ce moment la présence de la tumeur qui va bientôt nous occuper, puisqu'il avait dit à madame X... qu'il « existait chez elle un obstacle de nature particulière pour lequel il faudrait qu'elle consulte ultérieurement un chirurgien et qu'elle soit soumise probablement à une opération ».

A la suite de ce premier accouchement le D^r O... pratiqua pendant quinze jours le cathétérisme puis la malade urina seule, mais elle continua à se plaindre d'une cystite dont elle souffre même en dehors de la gravidité. Les

suïtes de couches furent à peu près physiologiques : la malade se leva au bout de 21 jours. Elle put allaiter pendant un an sa fille qui est maintenant forte et bien portante.

Trois semaines après s'être levée ; elle perdit du sang ; cet écoulement persista pendant quatre semaines ; puis elle resta pendant deux mois sans être réglée pour perdre à nouveau du sang d'une manière assez régulière. Les règles devinrent plus abondantes ; un écoulement leucorrhéique survint, en même temps que de la pesanteur au niveau des organes génitaux ; un médecin consulté diagnostiqua une chute de la matrice ? et appliqua un pessaire. Les seuls symptômes qui persistèrent, furent ceux de la cystite : envies fréquentes d'uriner, miction difficile et parfois douloureuse, urines d'odeur fétide de temps à autre.

La seconde grossesse débuta vers le 8 novembre ; la femme eut ses dernières règles le 24 octobre et n'eut qu'un rapport sexuel le 8 novembre pendant le mois qui suivit les règles. Dans les premiers mois de 1892 elle perdit à 3 ou 4 reprises un peu de sang ; cet écoulement sanguin fit émettre au D^r L... qui voyait la malade à ce moment, des doutes sur l'existence d'une grossesse ; ayant constaté la présence d'une tumeur, il adressa sa cliente à la fin de mars ou au commencement d'avril au D^r Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Celui-ci refusa toute intervention, pensant qu'il y avait grossesse. Bientôt les mouvements actifs furent perçus par la femme.

Pendant toute la dernière moitié de la grossesse, M^{me} X... souffrit beaucoup du ventre, se plaignant de sensation de torsion, de déchirement et obligée de garder le lit.

A mon premier examen, le 13 juillet, je constatai que le fond de l'utérus était assez élevé, mais ce qui me frappa surtout, c'était la situation de l'extrémité céphalique qu'à l'aide du pèlper menseur je ne pouvais faire descendre au niveau de l'aire du détroit supérieur. Le fœtus avait le dos à droite.

Au toucher j'atteignis à bout de doigt un bout de col très élevé; ramolli, perméable, dévié à gauche; avant d'arriver sur ce col je trouvai, plaquée contre la paroi postérieure de l'excavation, une tumeur assez élevée, arrondie, de consistance ferme et un peu plus développée à droite qu'à gauche. C'était elle la cause du non engagement de la partie fœtale. Ayant observé l'année précédente, avec mes maîtres MM. Pinard et Ribemont-Dessaignes, un cas un peu analogue dans lequel l'accouchement prématuré artificiel avait donné les meilleurs résultats, je pensai de suite à cette intervention; j'en réfèrai au Dr L... qui avait vu la malade au début de sa grossesse et une consultation fut décidée pour le 15 juillet; nous nous assurâmes la présence du Dr Monod.

Ce jour-là je fus surpris de trouver par le toucher la tumeur plus volumineuse que le 13 juillet; certes elle n'avait pas grossi, mais elle était descendue davantage dans l'excavation. Aussi, tout en restant partisan de provoquer l'accouchement, je fis les plus grandes réserves au point de vue de la terminaison heureuse de l'accouchement, même avec le forceps. En raison de cette dystocie probable, je demandai à mon maître le Dr Monod s'il désirait, en cas d'insuccès, être appelé pour procéder à l'ablation de la tumeur ou s'il voyait dès maintenant indication ou possibilité d'intervenir chirurgicalement contre l'obstacle; sur sa réponse négative, j'emis des doutes sur la possibilité

d'un accouchement spontané ou même avec le forceps et je déclarai que pour avoir un enfant vivant, il faudrait *peut être* recourir à la symphyséotomie. Nous exposâmes, la situation à la famille et d'un commun accord nous insistâmes sur la nécessité de provoquer l'accouchement le plus promptement possible. Il était sept heures du soir.

La malade qui s'était levée adopta notre projet; elle fit plus car elle ne tarda pas à le réaliser : au moment où nous la quittions, elle déclara éprouver des douleurs plus fortes; en même temps le liquide amniotique vint inonder le parquet.

Elle était en travail : il marcha rapidement. Lorsque je revins auprès d'elle, à 9 heures du soir, j'appris que les douleurs avaient été tellement intenses, tellement rapprochées, qu'on avait dû courir quérir en hâte le D^r L... qui n'avait pu venir et une sage-femme dont j'avais donné l'adresse. Et de fait, la femme poussait vigoureusement; la dilatation était complète; la tête fœtale était descendue, s'était amorcée, fortement fléchie en droite transversale. J'attendis; mais à 11 heures du soir, la femme ne poussait plus; son utérus était fatigué et je me décidai à intervenir.

Introduisant la main gauche dans le vagin, je cherchai patiemment à refouler cette tumeur qui descendait de plus en plus, mais n'y pus parvenir. Il y avait déjà un chevauchement très accusé des os du crâne. Je fis une *première application du forceps bien régulière*, ainsi que l'attestait la situation de la suture sagittale par rapport aux cuillers; je tirai fortement, assis par terre, pendant 10 minutes, sans autre résultat que d'engager davantage la tumeur. Ma prise était solide et mon forceps ne glissa pas. Je désarticulai afin de faire de nouvelles manœuvres sous chloroforme.

A 11 heures 30, après avoir anesthésié la femme, je renouvelai en vain mes tentatives de réduction et fis une nouvelle application de forceps semblable à la première; je tirai fortement pendant 12 minutes, plus fortement que je ne tirerais à l'heure actuelle, en pareille occurrence; puis je jugeai prudent de désarticuler à nouveau et de ne pas compromettre davantage la vitalité du fœtus. Il était minuit.

J'exposai complètement la situation à la famille qui me laissa toute liberté d'action : certain, — autant qu'on peut l'être, — que l'accouchement avec enfant vivant était presque impossible, je quittai la femme et je me rendis chez mon maître le professeur Pinard; après une conversation d'au moins une demi-heure, le professeur Pinard, qui ne pouvait m'accompagner, me donna deux conseils dont je ne saurais trop le remercier : 1° celui de pratiquer la symphyséotomie; 2° celui de me faire assister par mon ami, le D^r Potocki.

A 3 heures du matin, nous arrivions, Potocki et moi, auprès de ma cliente; elle avait continué à souffrir et à pousser tout en se rendant compte de l'inutilité de ses efforts. Chemin faisant il avait été bien convenu avec Potocki que ce n'était pas seulement comme aide, mais comme conseil qu'il m'accompagnait; toutefois, je me refusais à faire une nouvelle application de forceps — pour la faire suivre en cas d'insuccès de symphyséotomie, — et je lui limitais le choix des armes de la manière suivante : ou bien faire de suite la symphyséotomie; ou bien renouveler avec une nouvelle énergie, les tentatives d'extraction avec le forceps et en cas d'insuccès les faire suivre de leur complément presque obligé, la basiotripsie. Après avoir examiné la femme, Potocki jugea comme

moi qu'il était préférable de recourir à la symphyséotomie.

Après les préparatifs nécessaires, la malade fut mise sur une table et endormie à nouveau; un confrère du voisinage continua le chloroforme, deux sages-femmes tenaient les membres inférieurs; l'une d'elles se trouva mal au cours de l'opération; Potocki fut dès lors obligé de la remplacer tout en continuant à m'aider.

L'opération, commencée à 3 h. 45 du matin, fut terminée à 4 h. 1/2; j'employai le manuel opératoire que j'avais entendu enseigner et vu mettre en pratique par le professeur Pinard; j'eus quelque difficulté pour ouvrir la symphyse, ayant attaqué trop à droite le cartilage; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Une application du forceps me permit d'extraire un enfant du sexe masculin qui portait sur les deux joues et notamment sur la joue gauche une forte empreinte; il y eut même sur la joue de ce côté, un peu en dehors de l'arcade orbitaire, une plaie contuse qu'il fallut panser avec soin et dont l'enfant porte encore une légère cicatrice. L'enfant ne fut pesé que le 22 juillet, six jours après sa naissance: son poids était alors de 2 kil 897. Nourri au sein par sa mère, il a continué à se bien développer. Délivrance par extraction simple.

La suture des parties molles fut faite avec des fils d'argent, deux profonds et trois superficiels; pansement iodoformé. N'ayant aucun appareil spécial pour la contention, nous nous contentâmes de maintenir les jambes et les cuisses à l'aide de liens, puis de serrer le bassin avec un bandage de corps garni de ouate.

Dans l'après-midi du même jour, la malade fut installée sur un lit élévatoire qui nous rendit les plus grands services pour les pansements ultérieurs et pour les lavages et

toilettes des organes génitaux. *Jamais pendant les suites de couches la température n'atteignit 38°.*

À 4 heures du soir le 16 juillet, la malade se trouve bien ; elle a dormi, se sent encore fatiguée. Pansement iodoformé de la plaie.

Le 17. La nuit a été bonne ; la malade est bien, mais elle n'a pas uriné. Le cathétérisme est pratiqué à 10 heures du matin et à 5 heures du soir. On fait un pansement de la plaie.

Le 18. Un peu de gonflement sans rougeur au niveau de la plaie.

Craignant que les moyens de contention du bassin ne soient pas suffisants, je mets dans l'après-midi, avec l'aide de Potocki, une ceinture plâtrée pour maintenir plus solidement le bassin ; préalablement tout le bassin a été entouré d'une épaisse couche d'ouate fixée à l'aide d'une bande. La malade est sondée matin et soir. L'enfant prend bien le sein.

Le 19. Même état. La femme se plaint de souffrir en arrière de la pression exercée sur le siège par l'appareil plâtré qui cependant est peu serré.

Langue un peu saburrale. On cesse l'iodoforme qu'on remplace par le salol.

Le 20. La malade n'est pas encore allée à la garde-robe : on lui administre deux lavements à la glycérine qui restent sans effet.

La plaie semble mal affrontée dans sa partie inférieure.

Le 21. La malade est purgée avec de l'huile de ricin qui amène une garde-robe très abondante. Dans l'après-midi la malade urine pour la première fois sans être sondée, mais avec des douleurs très vives.

Le 24. Les sutures sont enlevées ; la plaie est réunie dans sa moitié inférieure ; à la partie supérieure il y a défaut d'accolement, mais pas de suppuration, ou plutôt il y a défaut de parallélisme entre les deux lèvres de la plaie. On enlève en même temps l'appareil plâtré qui fait souffrir la malade sans être bien fixé autour du bassin.

La malade, qui prend du lait, est soumise en même temps au traitement interne par le benzoate de soude pour diminuer les phénomènes de cystite.

La malade va à la garde-robe tous les deux jours après avoir pris un lavement à la glycérine.

Le 25. Jusqu'à ce jour la malade a des mictions fréquentes et douloureuses ; elle vide incomplètement sa vessie et souffre de la vessie avec exacerbations au moment des mictions.

Ce matin, après une nouvelle crise de douleurs vésicales, la femme urine plus aisément. Les douleurs se calment et disparaissent vers le soir.

La bande de toile est enlevée dans l'après-midi.

Le 27. La malade continue à uriner plus facilement tout en éprouvant encore quelques cuissons au moment des mictions.

La partie de la plaie pubienne qui n'est pas bien affrontée est pansée le matin.

Le 4 août. Etat général et état local excellents. La cicatrisation est complète.

La femme allaite avec succès et l'enfant se développe bien. La plaie de la face, causée par les applications de forceps antérieures à la symphyséotomie, est guérie.

Le 8. L'utérus paraît encore gros, ou du moins son fond reste encore élevé de plusieurs travers de doigt au dessus

du pubis ; mais il reste ainsi soulevé par la tumeur qui l'empêche de redevenir vite organe intra-pelvien.

Le 13. Nous cédon's aux instances de la malade en la laissant lever. Elle éprouve de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Le 17. La malade marche dans l'appartement sans appui ; elle lève facilement les jambes, elle accuse seulement un peu de sensibilité au niveau de la région opératoire.

Au commencement de septembre, cette femme m'a consulté à nouveau pour des douleurs qu'elle éprouve dans les membres inférieurs, et pour une sensation de pesant-eur qu'elle éprouve du côté du rectum, lorsqu'elle reste longtemps debout. Après examen, je conclus que ces symptômes sont surtout liés à la présence de la tumeur qui n'a guère diminué de volume, qui me paraît plus nettement distincte de l'utérus qu'au moment de l'intervention ; la malade partage d'ailleurs mon avis et m'affirme qu'elle a souffert davantage après son premier accouchement, et que surtout les phénomènes de cystite ont été plus marqués.

J'ai revu à deux ou trois reprises M^{me} X..., elle se portait bien, marchait facilement et n'éprouvait d'autres malaises que ceux causés par la présence de la tumeur dont il faudra probablement l'opérer lorsqu'elle aura cessé l'allaitement. Son enfant se porte bien.

2^e. — M. MAYGRIER.

Symphyséotomie dans un cas de fibrome pelvien (1).

M. MAYGRIER rapporte l'observation d'une femme en travail chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie pour une tumeur attenante à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérant en partie l'excavation. Cette femme a été amenée à l'hôpital de la Pitié, alors qu'elle était en travail depuis la veille et en période d'expulsion depuis plusieurs heures, n'ayant reçu aucun soin antiseptique en ville. Les membranes étaient rompues et le liquide amniotique était teinté de méconium. Cependant l'enfant vivait et les battements de son cœur étaient très réguliers ; il se présentait par le sommet, ainsi qu'on pouvait s'en rendre compte par le toucher qui permettait de sentir la tête engagée et coiffée d'une bosse séro-sanguine, mais retenue au-dessus de la tumeur. Cette tumeur, qui avait une consistance dure et élastique, et presque le volume du poing, ne permettait pas l'introduction de plus de deux doigts entre elle et les parois du bassin : le rétrécissement était donc considérable.

L'opération césarienne était contre-indiquée par la longue durée du travail. La basiotripsie pouvait présenter de grandes difficultés dans une excavation aussi étroite. M. Maygrier se décida à faire la symphyséotomie dans

(1) D'après le *Progrès médical* du 15 avril 1893.

l'espoir d'agrandir suffisamment le bassin pour pouvoir extraire avec le forceps un enfant vivant.

L'opération ne présenta aucune particularité notable. Mais malgré plusieurs applications de forceps et un écartement de la symphyse qui alla jusqu'à six centimètres, la tête ne put être extraite. Pendant ces tentatives, il se produisit une procidence de la main et du cordon. Il fallut recourir à la basiotripsie qui n'offrit pas de difficultés. Au moment du passage de la tête broyée, la symphyse s'écarta de cinq centimètres.

Après la suture de la plaie opératoire et le pansement, le bassin fut maintenu à l'aide d'une attelle plâtrée par dessus laquelle on appliqua les jours suivants une bande d'Esmarch, pour plus de sûreté.

Au cours de l'intervention, avant de pratiquer la basiotripsie, on s'était aperçu que la paroi antérieure du vagin s'était déchirée sur une longueur de cinq centimètres environ. La lésion correspondait exactement au bord postérieur du pubis du côté droit, contre l'arête saillante duquel le vagin avait été fortement comprimé pendant les applications de forceps. Après l'opération, cette plaie vaginale fut suturée avec cinq fils de soie.

Les suites de couches furent d'abord incidentées par un frisson, des vomissements et une légère élévation de température ; puis tout parut rentrer dans l'ordre. La plaie se cicatrisa rapidement et les fils furent enlevés le dixième jour. Les lochies ne présentèrent rien d'anormal ; le ventre resta indolore. Mais le douzième jour, le membre inférieur gauche devint le siège évident d'une phlegmatia ; la température s'éleva jusqu'à 39°2. Le membre était légèrement tuméfié, un peu douloureux et le genou renfermait une petite quantité de liquide. Tout s'apaisa d'ailleurs assez

vite. Le 17^e jour, la température était retombée à 37°. La malade allait bien, mangeait avec appétit et semblait devoir en être quitte pour un séjour prolongé au lit, lorsque le vingt-unième jour, à une heure de l'après-midi, elle fut prise, au moment où on la soulevait pour lui donner une injection, d'une crise de dyspnée aiguë, avec douleur rétro-sternale. Cette crise dura à peine dix minutes pendant lesquelles la face bleuit et la dyspnée alla en augmentant ; elle se termina brusquement par la mort, malgré les soins pressés de l'assistance.

L'autopsie révéla l'existence d'un caillot volumineux dans la branche droite de l'artère pulmonaire. La mort a bien été le résultat d'une embolie pulmonaire consécutive à la phlébite de la jambe gauche.

La tumeur de l'excavation était un fibrome du périoste implanté sur la face postérieure du pubis gauche, et recouvrait toute la face interne du trou obturateur ; elle débordait notablement dans le vagin, mais elle avait subi depuis l'accouchement une régression considérable. Enfin, la symphyse présentait ceci de particulier, que les pubis n'étaient nullement réunis ; aucun tissu fibreux n'était interposé entre eux ; ils étaient séparés l'un de l'autre par un espace vide de deux centimètres et demi.

M. Maygrier fait remarquer la rareté de la symphyséotomie pratiquée dans de pareilles circonstances. Il n'a pu trouver dans la science qu'une observation de Novi, qui date de 1881 et dans laquelle l'opération fut faite pour une tumeur qui occupait le côté droit du bassin. Il serait intéressant d'étudier d'une façon précise les indications de la symphyséotomie dans le cas d'obstruction de l'excavation par des tumeurs pelviennes.

3^e. — Prof. REIN.

3^o observation de symphyséotomie pratiquée par le prof.
*Rein de Kiev pour trois tumeurs occupant le côté gauche
du bassin.* (Obs. recueillie par M^{me} le D^r Victoria
Nlodjisejoneska).

La nommée Alexandra X..., paysanne, âgée de 27 ans,
entre à la clinique de Kiev le 25 février 1893.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.
Cette femme est à sa troisième grossesse.

1^{re} grossesse. — Enfant mort-né après un travail de
cinq jours.

2^o grossesse. — Travail beaucoup moins pénible, au dire
de la malade, et donnant naissance à un enfant assez petit.

3^{me} grossesse. — Le travail a commencé le 22 février.
La rupture des membranes a lieu le 23 février. Ce n'est
que le 25 qu'un médecin appelé constata la présence d'une
tumeur du bassin et envoya la malade à la clinique. L'état
général était satisfaisant. La température était de 37°,92
pulsations, légère arythmie, mais on avait une sécrétion du
vagin un peu purulente. Douleurs assez faibles, enfant
vivant. Présentation du sommet, en position gauche,
variété antérieure. La tête assez bien engagée. Au toucher
on constate la présence de trois tumeurs dans le bassin.
La première, grosse comme un œuf de poule est située
sur la face antérieure du sacrum, un peu à droite. La
deuxième, de la grosseur d'un œuf d'oie, séparée de la
première par une petite rigole, occupant la moitié gauche
de la face antérieure du sacrum. Cette deuxième tumeur
passait insensiblement à une troisième tumeur, située sur

la face postérieure de la branche horizontale gauche du pubis. Comme le toucher mensurateur donna 7 centimètres on se trouvait en présence d'un bassin asymétriquement rétréci.

Pour terminer l'accouchement il fallait choisir entre quatre procédés différents : 1° le forceps, 2° la craniotomie, 3° l'opération césarienne, et 4° la symphyséotomie.

Le professeur Rein rejeta avec justesse la craniotomie comme inadmissible en l'état actuel de nos connaissances.

Le forceps ne paraissait pas suffire à l'indication. La symphyséotomie fut préférée à l'opération césarienne pour les raisons suivantes : 1° la tête étant profondément engagée il faudrait peut-être de grands efforts pour la dégager ensuite ; 2° la rupture des membranes remonte déjà à deux jours, et la malade fut examinée plusieurs fois dans des conditions où une antisepsie rigoureuse n'était nullement observée ; 3° les sécrétions purulentes du vagin rendaient l'issue de l'opération césarienne fort douteuse. En faveur du choix de la symphyséotomie nous avons *un rétrécissement général* du bassin, et surtout cette circonstance que les tumeurs remplissaient seulement une moitié de la gouttière pelvienne. Deux heures et demie après l'entrée de la malade à la clinique on commença par une application de forceps. Sans déranger le forceps on pratiqua successivement trois tractions, comme elles furent infructueuses, on fit de suite une incision médiane partant de la base du clitoris un peu à gauche et remontant vers la symphyse ; cette incision était longue de 7 centimètres. On a dû placer une dizaine de ligatures, principalement à la base de l'incision pour arrêter une hémorrhagie assez forte. Comme le doigt passait facilement *à travers* (derrière sans doute) le bord supérieur du pubis, on n'eut pas à désinsérer les

muscles droits de l'abdomen. Il paraît que le ligament sous pubien n'a pas été entièrement coupé. Après avoir tamponné la plaie avec de la gaze iodoformée on retira avec la plus grande facilité, à l'aide du forceps, un enfant vivant du poids de 3.000 grammes. Les bords de la plaie après l'extraction de l'enfant offraient un écartement de 7 centimètres. Il fallut ensuite combattre une forte hémorrhagie due à l'atonie utérine. Des frictions sur le fond de l'utérus, et des injections sous-cutanées d'ergotine permirent de se rendre maître de la situation.

Après avoir étendu les jambes de la malade, on rapprocha les bords de la plaie sans aucun obstacle. La plaie fut lavée au sublimé et le périoste réuni par trois points de suture à la soie. Puis on plaça les sutures superficielles et un appareil plâtré. Les soins consécutifs étaient difficiles.

Le lendemain de l'opération commença une élévation de température qui dura jusqu'au dixième jour, mais ne dépassa pas 38°5. A partir du dixième jour la température redevint normale. Au sixième jour après l'opération on dut enlever l'appareil plâtré, vu qu'il était complètement mouillé. On constata alors l'existence de deux petits foyers purulents, l'un en bas, l'autre en haut de la plaie.

Le 13 mars, l'état général est très bon. Tout l'organisme fonctionne admirablement ; la symphyse est complètement indolore. On remarque seulement que la branche droite descendante du pubis est un peu sensible. La cicatrisation de la plaie est presque complète.

Le 28 mars, on a permis à la malade de se lever pour la première fois. On lui mit sur le ventre un bandage en feutre bordé de cuir. Elle marche assez bien, et son état général ne laisse rien à désirer.

Le 31, la malade va de mieux en mieux.

Suivant le professeur Reïn, la symphyséotomie est surtout indiquée : 1° dans les bassins rétrécis irrégulièrement ; 2° dans les bassins cyphotiques ; 3° dans les bassins petits rétrécis régulièrement et 4° quelquefois seulement dans les bassins plats rachitiques.

Dans tous ces cas où le travail dure un temps assez long dans des conditions défavorables, la symphyséotomie mérite la préférence à l'opération césarienne.

La position gynécologique est la meilleure car elle donne le plus facile accès à la symphyse.

Il faut faire une incision complète au lieu de couper les deux tiers de la plaie, et de déchirer un tiers. C'est l'avenir qui pourra décider des meilleurs moyens à employer, et des meilleurs appareils pour faciliter les soins consécutifs à l'opération. Il vaudrait peut-être mieux placer des sutures osseuses et appliquer ensuite un appareil inamovible.

Vu : Le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

